

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
INSTITUTO SUPERIOR DE ECONOMIA E GESTÃO

Mestrado em Desenvolvimento e Cooperação Internacional

ESTRATÉGIAS DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO EM CABO VERDE:

**- O CASO DO PROGRAMA DE PROTECÇÃO MATERNA
INFANTIL E PLANEAMENTO FAMILIAR (PMI-PF)**

LOURENÇO CONCEIÇÃO GOMES

Orientação: Professor Doutor João Peixoto

Júri:

Presidente: Professora Doutora Joana Helena
Maria Fajardo Pacheco Pereira Leite

Vogais: Professor Doutor João Alfredo dos
Reis Peixoto

Professor Doutor Paulo de Lyz Girou
Martins

Maio de 2002



LISTA DE ACRÓNIMOS

- AS** - Agentes Sanitários
- AIP** - Associação Industrial Portuguesa
- APD** - Ajuda Pública ao Desenvolvimento
- ASS** - África Sub-Sahariana
- BC** - Balança Comercial
- BEMFAM** - Associação do Bem-Estar Familiar do Brasil
- BM** - Banco Mundial
- CERCOM** - Centre d'Enseignement et de Recherche en Communication
- CIPD** - Conferencia Internacional sobre População e Desenvolvimento
- CS** - Centro de Saúde
- DGAEA** - Direcção Geral de Alfabetização e Educação de Adultos
- DIU** - Dispositivo Intra-Uterino
- DST/SIDA** - Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imuno-Deficiência Adquirida
- ECV** - Escudo Cabo-verdiano
- EMP/EVF** - Educação em Matéria de População e Educação para a Vida Familiar
- FAIMO** - Frente de Alta Intensidade de Mão de Obra
- FDN** - Fundo de Desenvolvimento Nacional
- FMI** - Fundo Monetário Internacional
- FNUAP** - Fundo das Nações Unidas para a População
- FPS** - Formação Pessoal e Social
- GEP** - Gabinete de Estudos e Planeamento
- GEDS** - Gabinete de Estudos e Desenvolvimento do Sistema Educativo
- GTZ** - Cooperação Técnica Alemã
- HC** - Hospital Central
- HCS** - Hospital e Centro de Saúde
- HR** - Hospital regional



ICF - Instituto da Condição Feminina

ICM – Instituto Cabo-verdiano de Menores

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDS – Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISF - Índice Sintético de Fecundidade

LIVG - Lei de Interrupção Voluntária da Gravidez

OBCs – Organizações de Base Comunitária

OMCV – Organização das Mulheres de Cabo Verde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONGD – Organizações Não Governamentais de Desenvolvimento

ONU – Organização das Nações Unidas

PAE – Programas de Ajustamento Estrutural

PANA – Plano Nacional para o Ambiente

PIB – Produto Interno Bruto

PMI-PF – Protecção Materno-Infantil e Planeamento Familiar

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento

PNP – Política Nacional de População

PNSR – Programa Nacional de Saúde Reprodutiva

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PS – Posto Sanitário

SR - Saúde Reprodutiva

TBM – Taxa Bruta de Mortalidade

TBN – Taxa Bruta de Natalidade

TMI - Taxa de Mortalidade Infantil

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USAID – Agência Internacional dos Estados Unidos para o Desenvolvimento

USB – Unidade Sanitária de Base

VerdeFam – Associação Cabo-verdiana para a Protecção da Família

RESUMO

O presente estudo sobre estratégias de população e desenvolvimento parte do exemplo do Programa Nacional de Protecção Materna – Infantil e Planeamento Familiar (PMI-PF), actualmente Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR), em Cabo Verde. Na base da análise desse programa, o estudo procura dar resposta à questão fundamental: será que, encontrando-se eventualmente o PMI-PF inserido numa estratégia de população e desenvolvimento, a sua actuação tem tido um impacto real sobre o crescimento demográfico e o desenvolvimento em Cabo Verde?

Nesta análise, fica evidente em primeiro lugar a importância da concretização das actividades deste Programa num dado contexto. Este é apresentado como um quadro onde se deve ter em conta: o estado dos debates teóricos com os quais se relaciona a problemática do crescimento demográfico e desenvolvimento, as referências sobre a situação sócio-económica e demográfica de Cabo Verde, bem como da sua sub-região (África Sub-Sahariana), e os aspectos ligados à estratégia nacional de população e enquadramento institucional das medidas, para a materialização dos seus objectivos.

Em segundo lugar, é dada a devida relevância às abordagens globais sobre a organização, funcionamento e impactos do sistema PMI-PF, salientando o seu percurso histórico, uma abordagem empírica dos padrões de intervenção a favor duma maior eficácia dos cuidados de saúde reprodutiva e as posições críticas à sua actuação. Integra ainda o trabalho uma breve reflexão sobre a influência dos novos paradigmas de desenvolvimento na abordagem de problemas de população.

Palavras-chave

População e Desenvolvimento, Demografia, Protecção Materno-Infantil, Planeamento Familiar, África Sub-Sahariana, Cabo Verde.

ABSTRACT



This study is concerned with population and development strategies, taking as an example the National Program for Mother-Infant Protection and Family Planning (*Programa Nacional de Protecção Materna – Infantil e Planeamento Familiar* - PMI-PF), currently National Program for Reproductive Health (*Programa Nacional de Saúde Reprodutiva* – PNSR), in Cape Verde. Based on the analysis of this program, the study aims to answer a fundamental question: being the PMI-PF eventually engaged in a population and development strategy, does it have a real impact on the demographic growth and development in Cape Verde?

In the first place, the analysis focuses on the contextual framework of the program's activities. This framework encompasses the status of the theoretical debates related to population and development; the demographic and socio-economic situation of Cape Verde, as well as of its region (Sub-Saharan Africa); the national strategy on population and the institutional framework of the regulations.

In the second place, the organization, functioning and impacts of the PMI-PF will be focused. We will consider its historical path, an empirical analysis of the intervention patterns favoring an increasing efficacy of reproductive health care, and a critical evaluation of its performance. The study still includes a brief reflection about the influence of the new development paradigms on population issues.

Key words

Population and development, Demography, Mother-Infant Protection, Family Planning, Sub-Saharan Africa, Cape Verde.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
-----------------	----

PRIMEIRA PARTE

CONTEXTO DE ACTUAÇÃO DO PROGRAMA.....	18
---------------------------------------	----

CAPÍTULO I

QUADRO TEÓRICO DE ANÁLISE DAS QUESTÕES DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO.....	19
--	----

1. A tese malthusiana.....	19
2. Do malthusianismo ao neomalthusianismo.....	22
2.1. Pontos de confluência.....	22
2.2. Principais diferenças entre a tese malthusiana e neomalthusiana	24
2.3. Uma variante mais recente da tese neomalthusiana.....	26
3. Contradições, críticas e limites das teses malthusiana e neomalthusiana na perspectiva populacionista.....	27

CAPÍTULO II

PERFIL SÓCIO - ECONÓMICO E DEMOGRÁFICO DE CABO VERDE E DA SUA SUB-REGIÃO	30
--	----

1. Análise da situação da África Sub-Sahariana.....	30
2. Perfil Cabo Verde.....	35
2.1. Principais indicadores económicos.....	35
2.2. Situação social.....	37
2.3. Aspectos demográficos.....	38
2.3.1. População Cabo-verdiana nos dois últimos séculos.....	38
2.3.2. Dinâmica demográfica entre os anos 70 e 2000.....	39
2.3.2.1. Natalidade.....	40
2.3.2.2. Fecundidade.....	42
2.3.2.3. Mortalidade.....	43
2.3.2.4. Migrações.....	44
2.3.3. Estrutura demográfica.....	45

CAPÍTULO III

ENQUADRAMENTO ESTRATÉGICO DAS QUESTÕES DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO EM CABO VERDE.....	47
--	----

1. Política de população e desenvolvimento: características gerais.....	47
2. Políticas sectoriais.....	49

2.1. Educação.....	50
2.2. Saúde.....	52
2.3. Outros sectores relevantes na política de população.....	53
3. Quadro legislativo em matéria de população e desenvolvimento.....	56
3.1. Os pressupostos da lei fundamental.....	56
3.2. O Código de família e os objectivos demográficos.....	58
3.3. Legislação em matéria de saúde pública.....	58
3.4. Legislação no domínio da segurança e protecção social.....	59
3.5. Lei de base do Sistema Educativo.....	59
4. Medidas institucionais e orgânicas.....	60

SEGUNDA PARTE

ABORDAGENS GLOBAIS SOBRE A ORGANIZAÇÃO, FUNCIONAMENTO E IMPACTOS DO PROGRAMA.....	62
--	-----------

CAPÍTULO IV

O PERCURSO HISTÓRICO DO PMI-PF.....	63
--	-----------

1. Caracterização genérica	63
2. Embrião do Sistema.....	65
3. Evolução: as duas grandes fases do programa.....	65
3.1. A época duma forte intervenção de cooperantes estrangeiros no terreno.....	66
3.2. A fase da assunção plena do PMI-PF pelo Estado.....	68
3.3. A influência da CIPD na etapa actual.....	69

CAPÍTULO V

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO.....	71
---	-----------

1. Suporte institucional e linhas gerais de actuação.....	71
2. Recursos de suporte ao funcionamento.....	73
2.1. Estruturas.....	73
2.2. Recursos humanos e equipamentos específicos do programa.....	76
2.3. Origem dos meios financeiros.....	78
2.4. O quotidiano das actividades do PMI-PF.....	82

CAPÍTULO VI

INDICADORES DE IMPACTO DO PROGRAMA EM CABO VERDE.....	85
--	-----------

1. Indicadores de sobrevivência e protecção e da criança.....	85
1.1. Assistência na fase pré-natal.....	86
1.2. Controlo da saúde da criança.....	87
1.3. Cobertura vacinal	88
1.4. Mortalidade e mobilidade infantil.....	89
3. Índices de saúde materna.....	91

3.1. Assistência pré-natal.....	92
3.2. Vacinação anti-tetânica.....	94
2.1.Mobilidade e mortalidade materna durante a gravidez, no e pós parto.....	95
4. Indicadores do planeamento familiar.....	96

CAPÍTULO VII

ANÁLISE DOS PADRÕES DE INTERVENÇÃO E DAS POSIÇÕES CRÍTICAS Á ACTUAÇÃO DO PMI-PF.....	99
---	-----------

1. A problemática da actuação integrada dos serviços de PMI-PF nas diferentes estruturas de saúde.....	99
1.1. Irreversibilidade e repercussão do processo de integração.....	99
1.2. A integração como sistema e seus factores limitativos.....	101
2. Articulação inter-sectorial do Programa.....	103
3. Opiniões críticas emergentes do interior do próprio sistema.....	106
4. Exame crítico das forças vivas da sociedade.....	107

CONCLUSÃO.....	110
-----------------------	------------

BIBLIOGRAFIA.....	118
--------------------------	------------

ANEXOS.....	126
--------------------	------------

LISTA DE QUADROS, GRÁFICOS E FIGURAS

Quadro 1. Indicadores de Desenvolvimento Humano em 17 países da ASS.....	30
Quadro 2. Variação anual em % do crescimento do PIB <i>per Capita</i> na ASS.....	31
Quadro 3. Indicadores da dinâmica de população em 1990, nas áreas geográficas que constituem a ASS.....	31
Quadro 4. Evolução do PIB, 1980 a 1997 (a preços correntes).....	36
Quadro 5. Evolução da população residente em Cabo Verde (CV) no período entre 1970 e 2000.....	39
Quadro 6. Nascimentos ocorridos no período 1971-80.....	40
Quadro 7. Componentes do crescimento da população por períodos em CV.....	41
Quadro 8. A fecundidade em Cabo Verde em 1970, 1980 e 1990.....	42
Quadro 9. Evolução da esperança de vida em Cabo Verde entre 1970 e 1990.....	43
Quadro 10. Impacto das políticas na evolução do subsistema de Ensino Básico entre 1980 e 1998.....	50
Quadro 11. Infra-estruturas sanitárias existentes em Cabo Verde nos finais da década de 90.....	52
Quadro 12. Indicadores de Cobertura em Cabo Verde entre 1990 e 1999.....	53
Quadro 13. Evolução de alguns indicadores de recursos.....	53
Quadro 14. Situação da pobreza em Cabo Verde em 1993.....	54
Quadro 15. Beneficiários no âmbito do projecto de apoio aos vulneráveis 1995.....	55
Quadro 16. Situação resultante da implementação de algumas das orientações para a política ambiental.....	56
Quadro 17. Evolução das estruturas e respectivas valências PMI-PF, hoje entendidas como serviços de Saúde Reprodutiva.....	73
Quadro 18. Distribuição das Estruturas Sanitárias por Concelho e sua relação com pelo menos três serviços fixos de SR em 2000.....	76
Quadro 19. Relação entre recursos humanos treinados e materiais e equipamentos afectos às actividades do PMI-PF em 1994.....	77
Quadro 20. Pessoal afecto às Delegacias de Saúde exercendo pelo menos uma das actividades do PMI-PF.....	78

Quadro 21.	Realizações orçamentais referentes aos fundos de apoio à Saúde Materna – Infantil e Planeamento familiar provenientes da APD nas últimas décadas.....	
Quadro 22.	Indicadores de cobertura a nível dos controlos de grávidas e crianças menores de um ano.....	86
Quadro 23.	Evolução das dez principais causas de mortalidade infantil-óbitos provocados e taxa respectiva.....	91
Quadro 24.	Principais indicadores de saúde da mulher e planeamento familiar..	92
Quadro 25.	Assistência à mulher na fase pré-natal e nas diferentes idades férteis, segundo os locais de atendimento.....	93
Quadro 26.	Assistência à mulher na fase pré-natal e nas diferentes idades férteis, segundo profissionais que prestam cuidado.....	94
Quadro 27.	Número de injeções recebidas pela mulher na fase pré-natal por volta de meados dos anos noventa.....	95
Quadro 28.	Percentagem da morbilidade durante o período pós-parto resultante de uma gravidez relativa a meados dos anos 90.....	96
Quadro 29.	Evolução da prevalência contraceptiva em Cabo Verde entre 1995 e 1999 (% de mulheres protegidas por um método contraceptivo).....	96

Gráficos

Gráfico A.	Evolução da população Cabo-verdiana entre 1810 e 1990.....	39
Gráfico B.	Evolução da população de Cabo Verde no período entre 1970 e 2000.....	40
Gráfico C.	Fecundidade por idade nos meios urbano e rural, meados dos anos 90	42
Gráfico D.	número de estruturas sanitárias com Valências PMI-PF hoje entendidas como serviços de SR.....	74
Gráfico E.	Grau de distribuição dos serviços de SR pelas diferentes estruturas sanitárias em Cabo Verde no ano 2000.....	75
Gráfico F.	Realizações orçamentais referentes aos fundos de apoio à Saúde Materna – Infantil e Planeamento familiar provenientes da APD nas últimas décadas.....	81

Gráfico G.	Evolução da Taxa de cobertura de Vacinação de crianças menores de 1 ano em Cabo Verde no período 1992-1999.....	88
Gráfico H.	Evolução da mortalidade infantil em Cabo Verde entre 1992-1999..	90
Gráfico I.	Evolução da prevalência contraceptiva em Cabo Verde entre 1995 1999 (% de mulheres protegidas por cada método contraceptivo).....	97

Figuras

Figura I.	Diagrama da situação dos países da ASS, segundo as respectivas taxas de natalidade e mortalidade, no ano de 1996 em ‰ e com indicação das correspondentes fases de transição demográfica.....	33
Figura II	Transição demográfica de Cabo Verde.....	34
Figura III.	Pirâmides de idades em Cabo Verde relativas a 1970 e 1990.....	45
Figura IV.	Esquema Conceptual da Política Nacional de População (PNP).....	47
Figura V.	Componentes do Programa.....	63
Figura VI	Principais actividades das diferentes componentes do PMI-PF.....	64
Figura VII.	Esboço esquemático da estratégia de integração da prestação de cuidados do PMI-PF, iniciado dentro do próprio Projecto a partir de 1983-1984.....	68
FiguraVIII.	Diagrama das rotinas da Secção Infantil.....	82
Figura IX.	Diagrama do quotidiano da secção maternal.....	83
Figura X.	Esquema de repercussão da integração do PMI-PF na prestação de cuidados preventivos de saúde.....	100
FiguraXI.	O sistema integrado de cuidados PMI-PF nas Estruturas de Saúde em Cabo Verde.....	101
FiguraXII.	Esboço esquemático da articulação inter-sectorial, Programa PMI-PF.....	104

Agradecimentos

Agradeço a orientação preciosa prestada pelo Professor Doutor João Peixoto do Instituto Superior de Economia e Gestão (ISEG) da Universidade Técnica de Lisboa; Especiais agradecimentos são endereçados à Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimentos Portugueses, que me concedeu uma bolsa de estudos durante a parte lectiva do Mestrado e ao Instituto de Cooperação Científica e Tecnológica Internacional de Portugal que me atribuiu uma bolsa de investigação na fase posterior à etapa de preparação científica.

Fica aqui também expresso o profundo reconhecimento da disponibilidade dos médicos e enfermeiros ligados ou não ao PMI-PF e quadros técnicos de instituições públicas, ONGDs, Projectos de Desenvolvimento e Instituições religiosas, entre outros, que se prontificaram para ser entrevistados;

Um muito obrigado aos funcionários e seus responsáveis das bibliotecas do ISEG em Lisboa, do Arquivo Histórico Nacional de Cabo Verde e Biblioteca Nacional, da Assembleia Nacional e do FNUAP na Cidade da Praia, pelas facilidades concedidas no acesso à informação;

Reconheço igualmente com muita gratidão, o carinho demonstrado para com este trabalho, pela OMS-Cabo Verde e pela Cooperação Técnica Cabo-verdiana - Alemã através do patrocínio de alguns encargos relacionados com a sua finalização;

Exprimo à minha esposa e às meninas a profunda gratidão pelo carinho que sempre dedicaram a este trabalho e pela compreensão demonstrada nas horas em que as minhas ausências, lhes terão proporcionado momentos menos agradáveis.

Finalmente agradeço a todos aqueles amigos e colegas de curso e de trabalho que sempre me incentivaram de uma ou doutra forma, para que mantivesse sempre firmes os meus propósitos de concretização do projecto ora em fase de conclusão.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de dissertação de Mestrado em Desenvolvimento e Cooperação Internacional, ministrado no Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa, é o resultado de um projecto de investigação na área de População e Desenvolvimento.

Com o mesmo procuramos dar enfoque aos efeitos dum programa de desenvolvimento que, no âmbito das suas actividades intervém em última instância, como uma estratégia demográfica definida para Cabo Verde. Referimo-nos em concreto, ao Programa Nacional de Protecção Materna-Infantil e Planeamento Familiar, vulgarmente conhecido pela sigla PMI-PF, cuja actuação, a partir dos últimos anos da década de 90, tem vindo a ser encarada de forma mais assumida como um Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR), designação que efectivamente passou a ter a partir de 1998. A nossa opção por esta área do conhecimento teve como propósito genérico investigar a História Económica e Social de Cabo Verde, pondo em evidência por um lado, a relação entre população e desenvolvimento, e, valorizando por outro lado, um campo de investigação que diz respeito a uma faceta da vida material e mental de um determinado aglomerado humano, tal como é o entendimento de Le Goff, (1995: 20), estudioso francês de grande nomeada nesta área científica. Mas o que mais nos impulsionou para levar avante o projecto de investigação que vai ser concretizado nas reflexões presentes ao longo deste trabalho, é o facto do tema escolhido ter como objecto de estudo, por excelência, o indivíduo, que será estudado em circunstâncias passíveis de evidenciar o seu «modus vivendi» em colectividade, procurando ultrapassar os constrangimentos decorrentes da sua própria actuação no dia-a-dia.

Entretanto temos a salientar que, a relação que faremos entre o programa objecto deste estudo e a estratégia de desenvolvimento em Cabo Verde, vai basear-se numa abordagem do conceito de progresso, diversa daquela que tradicionalmente influencia muitos investigadores da área das Ciências Humanas. Procuraremos fugir, quanto possível, àquela visão assente na correlação entre o desenvolvimento e o rendimento *per capita*, entendido este último, como indicador exclusivo do progresso.

Aliás, ao focalizarmos o nosso estudo num programa cujos indicadores de impacto, incluem, mortalidade infantil ou materna e outros dados interrelacionados, que enformam um ponto de vista de análise diferente acerca das condições de vida das populações, estamos a querer demonstrar o nosso empenho em provar uma hipótese

que, à partida, aceitamos ser defensável. Isto é, mostrar que, contrariamente ao que certos pesquisadores ainda pensam, a intervenção a favor da prosperidade de um país usando uma estratégia do tipo PMI-PF na relação com outras abordagens similares dos problemas do desenvolvimento, pode ter um impacto real na vida das pessoas, ainda que a longo prazo, susceptível de gerar o progresso e assim influenciar o rendimento *per capita*.

Face a este pressuposto, evidenciaremos ao longo das reflexões a serem apresentadas a correlação estabelecida na visão ainda dominante como sendo imperfeita na óptica dos novos paradigmas do desenvolvimento. Na sequência desse entendimento fica claro que o rendimento per capita revela deficiências que podem encobrir a real mudança de bem estar de grandes sectores da população no caso concreto de Cabo Verde.

Deste modo, as abordagens da actuação do PMI-PF como um caso no quadro das estratégias de população e desenvolvimento nesse país, vai permitir-nos igualmente avaliar o peso de diferentes dimensões como: a educação, a igualdade entre sexos, o combate à pobreza, a protecção ambiental, entre outras, para além das componentes de saúde, incluindo a esfera de intervenção do Programa, no crescimento económico do país.

Pelo exposto, o estudo ora proposto vai realçar as melhorias alcançadas em Cabo Verde nas diferentes dimensões do desenvolvimento independentemente do rendimento *per capita* do país. Daremos o devido destaque aos progressos obtidos na relação entre os problemas demográficos e todo o esforço visando introduzir mudanças qualitativas na vida das pessoas. Neste sentido, a atenção dedicada ao labor do PMI-PF enquanto programa de desenvolvimento, mais não é que a delimitação do grande tema onde o mesmo se insere.

Para que pudéssemos atingir os objectivos preconizados, elaborámos um plano onde destacamos dois aspectos que configuram as duas partes fundamentais do estudo: o contexto de actuação do PMI-PF, e as abordagens sobre a organização, funcionamento e impactos deste programa.

Na primeira parte reflectimos sobre a sua relação com o debate teórico que serve de base para a análise da problemática da população e desenvolvimento, bem como a sua aplicação daí decorrente para o caso de Cabo Verde. Analisamos ainda o perfil sócio-económico e demográfico do Arquipélago, bem como, da sub-região da África Sub-Sahariana, onde o mesmo se insere e o quadro estratégico das questões de população e desenvolvimento nessas ilhas do Atlântico.

Na segunda parte apresentamos, em primeiro lugar, e de forma sucinta, o percurso histórico do PMI-PF, para logo de seguida aprofundarmos um pouco mais a sua estrutura de organização e funcionamento. Examinaremos ainda e mais a fundo as suas actividades e seus reflexos, destacando os indicadores de impacto do programa no país. Faremos igualmente uma breve incursão aos seus padrões de intervenção, servindo-nos duma análise empírica das suas acções inter e trans-sectoriais e daremos ainda realce a algumas opiniões críticas sobre a sua actuação, vindas quer do seu interior, quer das forças vivas da sociedade.

Nas conclusões procuramos fazer uma síntese, incluindo ainda alguns aspectos onde se evidencia a influência do novo paradigma do desenvolvimento na filosofia de concretização das actividades o do Programa.

A metodologia seguida para a elaboração deste trabalho consistiu na consulta de fontes coevas, nalguns casos produzidas quase que em simultâneo à realização deste estudo, tais como: Relatórios de Desenvolvimento Humano Mundial e de Cabo Verde, em particular do PNUD, relativamente ao ano 2000 e anos imediatamente anteriores para o primeiro caso e, anos de 1997, 1998 e 1999 para o segundo caso. Relatórios ainda sobre A Situação da População Mundial, do FNUAP, referentes aos três últimos anos do século XX, descrições muito recentes acerca das actividades do PMI-PF, estatísticas actualizadas do Ministério da Saúde de Cabo Verde, fornecidas pelo Gabinete de Estudos e Planeamento (GEP) deste ministério, Resultados Preliminares do Censo 2000 em Cabo Verde, entre muitos outros documentos como: o Inquérito Demográfico e de Saúde Sexual e Reprodutiva (IDSR) referente a 1998 ou o documento intitulado: Análise da situação da criança e da Mulher em Cabo Verde, ou ainda o Estudo Epidemiológico sobre a Saúde das Crianças menores de cinco anos em Cabo Verde elaborado em 1996, o último relatório sobre o seguimento da Cimeira Mundial para a Criança editado pelo governo de Cabo Verde, e o não menos importante relatório sobre o Simpósium Nacional sobre Saúde Sexual e Reprodutiva realizado em Abril de 2000, entre uma lista bibliográfica extensa, completada com obras e trabalhos específicos publicados em revistas científicas de referência, sobre teorias e estudos demográficos de Cabo Verde, da África e do mundo em geral.

Trata-se dum valioso conjunto documental, editado na grande maioria dos casos, baseando-se em referencias bibliográficas de qualidade inquestionável, mas que entendemos que fosse complementado por um trabalho de campo, através da preparação e realização de entrevistas, tal como aconselha Lalanda, (1998: 877-882), para

clarificarmos os fenómenos, mediante o cruzamento das diferentes respostas e o conteúdo da bibliografia.

Com efeito, em função dos objectivos e dos momentos específicos, utilizamos diferentes tipos de entrevista. Por exemplo, ao iniciarmos as pesquisas, recorremos ao género de conversa mais livre e exploratória, com pessoas detentoras de grandes responsabilidades no Programa e com um ou outro técnico ligado ao processo de planeamento global, logo com interferência na definição das estratégias de população e desenvolvimento em Cabo Verde. Desses contactos exploratórios, assim classificados por Bogdan e Biklen (1997, 136), nasceram as primeiras ideias sobre o esquema conceptual do trabalho.

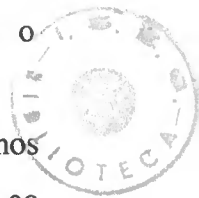
Com a maior familiaridade com o tema e na posse da bibliografia específica para a execução do projecto de investigação, pudemos elaborar instrumentos e realizar entrevistas em profundidade. O que permitiu-nos entrar num processo de socialização e partilha de juízos valorativos sobre a actuação do programa, quer com técnicos – médicos e enfermeiros - ligados ou não directamente ao PMI-PF, quer com profissionais da área das ciências humanas, cuja actividade tem sido levada a cabo com alguma articulação com as acções desenvolvidas pelo programa.

Convém realçar que não obstante o receio das nossas próprias opiniões poderem à partida, exercer alguma influencia nas posições dos nossos interlocutores, tal como adverte Bell, (1997: 123), duma coisa ficámos seguros: através das entrevistas demos um caracter plurimetodológico à investigação que conduziu à concretização deste estudo. (ver guião de entrevistas para o efeito preparado e figurado como anexo I e ficha resumo dos entrevistados, destacado como anexo II).

Importa salientar que foram imensas as dificuldades encontradas ao longo das diversas fases da consecução deste projecto, sobretudo ao nível da absorção de tanta informação disponível, sem torná-lo um trabalho demasiado longo, e sem ficar no entanto, com a sensação de que muita informação ia ficar excluída.

Igualmente limitações de ordem metodológica podem ter pesado em certos momentos nas hesitações quanto a levar avante determinadas fases do estudo, mas felizmente, ultrapassadas a tempo de podermos retomar as dinâmicas anteriores. Enfim, sempre encontrámos um ou outro escolho no caminho, mas nunca nos demos por vencidos.

Por isso, na certeza de termos retirado o máximo de conteúdo pertinente na vasta bibliografia e informação disponível, mais não fizemos que interpretá-los sempre com



sentido crítico, analisá-los atentamente e eis que apresentamos a síntese possível nas próximas páginas.

2.ª PARTE
MÉTODOS DE ACTUAÇÃO
O PROGRAMA

PRIMEIRA PARTE
CONTEXTO DE ACTUAÇÃO
DO PROGRAMA

CAPÍTULO I

QUADRO TEÓRICO DE ANÁLISE DAS QUESTÕES DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

No presente capítulo confrontamos as diferentes teses que relacionam população e desenvolvimento, com o fim de buscarmos ao longo deste trabalho a sustentação teórica das estratégias demográficas implementadas em Cabo Verde, entre as quais a actuação do programa de Protecção Materno-Infantil e Planeamento Familiar (PMI-PF), foco principal deste estudo.

1. A tese malthusiana

Relativamente a esta tese, apresentamos uma síntese dos seus aspectos essenciais com base num acervo bibliográfico considerável. Entre outras obras consultadas, para caracterização do argumento malthusiano, figura o Ensaio sobre o Princípio da População¹.

Nesta obra, o autor considera ser uma realidade óbvia que a população se deva manter sempre ao nível de subsistência, isto é, nunca deveria estar a humanidade perante a situação dum ritmo de crescimento da população maior que o ritmo do aumento dos alimentos.

É notório que as discussões em que Malthus vai estar envolvido sobre a matéria da sua obra não cessam com a publicação da primeira edição. É que nalgumas passagens o seu discurso traduz o extremismo da sua análise. É o caso do famoso parágrafo do banquete da natureza², que foi retirado nas edições posteriores à primeira edição da sua obra.

Vejamos os aspectos mais relevantes do pensamento malthusiano.

¹ Obra cuja 1ª edição data de 1798, mas que foi várias vezes editada com algumas alterações fundamentais na 2ª edição.

² De acordo com esse parágrafo enunciado por Nazareth (1996: 54), “um homem que nasce num mundo ocupado, se não lhe é possível obter dos seus pais os meios de subsistência (...) e se a sociedade não tem necessidade do seu trabalho, não tem direito a reclamar a mínima parte da alimentação e está a mais. No grande banquete da natureza, não existe talher disponível para ele; a natureza diz para ele se ir embora e não tardará a executar esta ordem, salvo se recorrer à compaixão de alguns convivas do banquete. Se estes apertam para lhe dar lugar, outros intrusos se apresentarão, reclamando os mesmos favores. A notícia de que existem alimentos para todos enche a sala de numerosas pessoas. A ordem e a harmonia da festa são perturbadas, a abundância que reinava anteriormente transforma-se em fome, a alegria dos convivas é aniquilada pelos espectáculo da miséria e da penúria, que reinarão em todas as partes da sala, pelos clamores inoportunos daqueles que estão furiosos, por não encontrarem os alimentos, que lhes tinham prometido”

Para Malthus, existe um poder prodigioso de crescimento das plantas e animais (natureza animada). Mas, prossegue o autor, devido à "falta de vontade da humanidade para desenvolver esforços a fim de aumentar a quantidade de víveres e absoluta falta de poder para preparar a terra de mesma qualidade, que permitisse sempre o mesmo grau de desenvolvimento, o necessário aumento é demasiado baixo, Malthus (1798:149). Por isso, sublinha Malthus, retarda-se também o aumento da população pela dificuldade desta em obter os meios de subsistência devido a: escassez de terra e decrescente proporção da produção que se deve necessariamente obter depois das adições de capital aplicado no solo já em cultivo.

Questiona, no entanto o autor, se mesmo com a intervenção dos controlos profundos e óbvios, positivos³ e preventivos⁴ ao processo de população verificados em alguns países, não se impediu que o crescimento tenha ocorrido, o que esperar se esses controlos forem levantados? Nesta linha de raciocínio Malthus acaba por considerar que aquilo a que se pode chamar a quantidade proporcionada dos controlos necessários da população depende muito pouco dos esforços do homem na cultivo do solo. Por conseguinte é, no seu entender, às leis da natureza e não à conduta e instituições do homem que devemos atribuir a necessidade dum forte controlo ao aumento natural da população.

De igual modo, evidencia o estudioso em referência, existem exemplos de muitos países para reforçar uma outra ideia relacionada com o ritmo de crescimento e provar que, mesmo sob poderosos obstáculos ao progresso do crescimento demográfico, deve supor-se um ritmo susceptível de duplicar a população em 25 anos, quando não controlada pela dificuldade de obtenção de meios de subsistência ou outras causas (Malthus, 1798 : 160).

Analise as questões acima afluídas mais à luz da bibliografia contemporânea onde o essencial da "doutrina malthusiana" nos é apresentada resumidamente em torno de três eixos temáticos fundamentais: população e subsistência, obstáculos e remédios, Nazart, (1996:56).

³ Para Malthus os controlos positivos de população incluem todas as causas que tendem de qualquer modo, prematuramente, para abreviar a duração da vida humana tais como: ocupações insalubres, trabalhos pesados, exposição à intempérie, alimentação e vestuários maus e insuficientes devido à pobreza, epidemias, guerras, pestes, fomes entre outras causas, a que ele considera estarem sujeitos à intervenção do homem para as evitar.

⁴ Os controlos do tipo preventivo considerados na corrente malthusiana são: abstinência ao casamento e conduta moral em relação ao sexo, consideradas como maneiras excepcionais de manter a população a um nível correspondente aos meios de subsistência perfeitamente coerente com a virtude e a felicidade.

De acordo com Nazareth, relativamente ao primeiro dos eixos temáticos enunciados – população e subsistência – há a distinguir duas leis antagónicas: a lei da população, que cresce em progressão geométrica (1, 2, 4, 8, 16, 32...) e a das subsistências, que crescem em progressão aritmética (1, 2, 4, 6, 8, 10...), constatação que é feita por outros autores.

Todavia, na opinião de Nazareth, há que clarificar a visão de Malthus sobre algumas questões que se levantam aos três conceitos seguintes, isto é, o que significam: população não controlada, ritmo malthusiano de crescimento demográfico e ritmo malthusiano de crescimento dos meios de subsistência.

No que se refere ao primeiro conceito e no seguimento de Nazareth, o autor do ensaio sobre o princípio de população explica quais são as três condições para que uma população cresça descontroladamente. Para ele, os casamentos são fecundos porque são contraídos numa idade precoce, quanto maior for o número de casamentos, maior será o número de filhos, e o intervalo que medeia entre o casamento e a morte tem tendência a aumentar, devido ao aumento da esperança de vida.

Relativamente à segunda noção, precisa também que qualquer população, com base no instinto de duplicar em cada 25 anos, tende igualmente a crescer a esse ritmo, se bem que em muitos casos os obstáculos o tornem impossível, de modo que a progressão geométrica não é uma realidade mas sim uma tendência.

Por último, no que diz respeito ao terceiro conceito, importa elucidar que, nas condições mais favoráveis, a produção dos meios de subsistência pode, no máximo, aumentar uma quantidade igual à produzida na época inicial, ou seja, trata-se de um máximo tendencial, apesar de existirem três factores que podem contrariar esta propensão: a utilização de terras, a importação de produtos alimentares e o progresso técnico.

Referindo-se aos diferentes eixos temáticos do pensamento malthusiano, Nazareth resume o primeiro, isto é, a relação entre *população e subsistência*, nas proporções apresentadas por Malthus.

Quanto ao segundo dos eixos temáticos da obra de Malthus - *os obstáculos* – estes são evidenciados com base na lógica malthusiana dos controlos positivos e preventivos anteriormente explicitados. Clarifica, no entanto, Nazareth, mostrando que coexistem dois tipos de classificação. O pensamento demográfico malthusiano refere-se, num primeiro momento, ao vício (aborto, infanticídio...) e à miséria (trabalhos penosos, guerra, pestes...) para, mais tarde, acrescentar um terceiro tipo de obstáculo: a

obrigação moral, que, para Malthus, significa o celibato, acompanhado de castidade, até ao momento em que se é capaz de sustentar uma família.

No que concerne ao terceiro dos eixos temáticos - os remédios - sublinha Nazareth que Malthus não hesita em afirmar que o único obstáculo que não prejudica, nem a felicidade moral nem a felicidade material, é a obrigação moral. Todos os outros, nomeadamente os sistemas igualitários, a emigração, o crescimento dos meios de subsistência, a lei dos pobres⁵, são falsos remédios que só agravam a situação.

2. Do malthusianismo ao neomalthusianismo

Neste segundo ponto optámos, devido a razões metodológicas, por apresentar os pontos de confluência que podem ser arrolados no confronto entre o Malthusianismo e o Neomalthusianismo e as suas diferenças. No terceiro ponto iremos acrescentar algumas críticas contradições e limitações das teses malthusianas levantadas por autores próximos da corrente populacionista.

2.1. Pontos de confluência

As convergências entre as posições malthusianas e neomalthusianas, no que se refere à análise dos problemas de população, constatadas ao longo da nossa investigação, residem primeiramente na comum aceitação do princípio da população. Este princípio sustenta o argumento malthusiano atrás apresentado, e é retomado de forma mais subtil pelos neomalthusianos (Torres, 1996 : 19) ⁶.

À semelhança da lógica da tese original, sobre o poder da população e suas consequências, expressa no famoso "parágrafo do banquete da natureza", anteriormente citado, aqueles que no mesmo postulado se inspiraram, consideram que "quando os trabalhadores da indústria e do comércio se tornem demasiado numerosos, os salários serão reduzidos e a condição de vida desses trabalhadores não será melhor do que a dos escravos" (Nazareth, 1996: 57-58). O mesmo é dizer, tal como refere Torres,

⁵ Relativamente à famosa lei dos pobres, traduzida no discurso inspirado no banquete da natureza, apercebe-se que Malthus considera que essa lei é um factor de expansão da miséria, porque um aumento da procura sem que aumente em paralelo a produção provoca necessariamente uma alta de preço.

⁶ Reportando agora, a esse autor, decorre deste princípio a ideia de que o excesso de população estará na origem da fome que se verifica em demasiados países pressupondo que a produção alimentar aumenta menos do que a população.

analogamente ao entendimento de Malthus, sobre os reflexos do crescimento da população na pobreza, que a causa principal das dificuldades do Terceiro Mundo reside no crescimento populacional, ideia que foi submetida à crítica de outros estudiosos sobre a matéria, como teremos oportunidade de ver mais à frente.

Devemos referir ainda que, quer na versão do principal protagonista do princípio da população, quer na posição dos autores que nele foram “beber”, é comum a ideia da prevenção com práticas que possam servir de obstáculos ao crescimento demográfico, embora as duas posições não assumam os mesmos caminhos para a sua concretização, como veremos mais adiante. As duas posições privilegiam um crescimento lento da população, ambas encorajam os homens a ter menos filhos, porque entendem, independentemente de outros factores que possam contribuir para a regulação do crescimento da população, que o homem tem possibilidade de exercer o seu controlo.

O problema da proporcionalidade entre os recursos e a população defendida pelas duas teses tem muita actualidade e é aceite por certos paradigmas económicos, na relação feita entre os habitantes de um determinado espaço geográfico e o produto nacional.

Este princípio, no fundo, traduz o pensamento daqueles que mais criticam Malthus sobretudo os defensores das novas concepções do desenvolvimento⁷. Do mesmo modo, a literatura produzida por organismos internacionais como o Banco Mundial (BM), PNUD, Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) e Organização Mundial da Saúde (OMS), entre outros, enfatiza esse princípio, ainda que pareça contraditório em relação a determinados valores modernos defendidos, nomeadamente, pelo BM. Toda a publicação nesse âmbito aponta os caminhos para que sejam ultrapassados os obstáculos ao desenvolvimento⁸, através de sugestões de medidas de política, consubstanciadas em valores tidos como essenciais e a partir dos quais podem os objectivos da política económica gerar efeitos positivos no processo de desenvolvimento. Aliás a actuação do programa PMI-PF inter-relacionada com outras estratégias de desenvolvimento e que é objecto de estudo na Segunda parte deste trabalho visa no essencial, a criação de condições básicas para o progresso. Tem

⁷ É o caso da obra de Todaro, (1977) cuja análise incide essencialmente nas questões conceptuais da economia do desenvolvimento, onde estão logicamente integrados os aspectos ligados à dinâmica de população que na sua opinião devem ser tidos em conta, equacionando-os não na perspectiva reducionista das interpretações unívocas e fragmentadas, mas sim na lógica de Friedman (1996) e Hugon (1999), entre outros, pondo em relevo a conjugação de factores económicos, sociais, culturais, etc, de natureza endógena ou exógena.

⁸ Ver Banco Mundial, (1991:36-56).

subjacente os princípios defendidos pelas Nações Unidas e o pensamento de certos autores modernos, nomeadamente alguns já citados.

Os postulados referidos traduzem a procura do salto fundamental para potenciar o aumento do rendimento *per capita*, conducente ao equilíbrio entre o ritmo de crescimento económico e o ritmo de crescimento da população, tal como defende Say, um dos representantes do pensamento liberal, com tendência aparentemente malthusiana.⁹ Só que ao entrarmos nesta perspectiva de análise, notamos que às estratégias demográficas supostamente assentes no neomalthusianismo sugerem políticas que muito têm a ver com as teses populacionistas a que faremos breves referências mais à frente ainda neste capítulo

2.2. Principais diferenças entre a tese malthusiana e neomalthusiana

As diferenças fundamentais manifestam-se na percepção dos efeitos e controlos do crescimento demográfico.

No atinente à percepção dos efeitos do crescimento da população, salienta Nazareth que a tese neomalthusiana difere do malthusianismo ao alargar as implicações do crescimento demográfico a outros domínios que não apenas o das subsistências. E este conhecimento é realçado pela literatura mais recente Cassen et al, (1994: 14).

Realça o autor citado, que a ideia segundo a qual, a progressiva precariedade das condições de vida dos trabalhadores das indústrias, decorrentes do crescimento demográfico, diz respeito a: agravamento da situação sanitária, devido à pressão constante sobre os serviços de saúde, que não conseguem dar resposta às solicitações duma população que se multiplica rapidamente; redução da capacidade de oferta de educação, perante a pressão permanente e cada vez mais de gente à procura de ensino; crescente diminuição da capacidade de resposta das instituições devido à procura de emprego; agravamento das condições de vida das populações concentradas nos centros urbanos, traduzido em problemas sérios de habitação, saneamento, acesso a água potável. Isto é uma clara alusão ao alargamento dos efeitos do crescimento demográfico, que é uma percepção do neomalthusianismo.¹⁰

⁹ Citado por Nazareth na sua obra Introdução à Demografia.

¹⁰ Como veremos nesta primeira parte, este quadro teórico dá cobertura à política de população implementada em Cabo Verde ao longo dos últimos trinta anos, numa clara procura de satisfação do vasto elenco de necessidades básicas das populações apontados por Cassen.

As influências do malthusianismo no sentido de estar por detrás das políticas de população e desenvolvimento de certos governos também atinge as agências da ONU, nas suas pretensões de desenvolver o Terceiro Mundo, Torres (1996: 27). As acções dessas organizações, conforme escreve este estudioso das questões de desenvolvimento, têm privilegiado medidas para a contenção do crescimento populacional por meio do controlo dos nascimentos, e no seguimento desse fim têm utilizado processos que muitas vezes suscitam alguma curiosidade. É igualmente por impulso da ONU que se tem travado um combate permanente às tradições e valores enraizados na comunidade, tidos como inviabilizadores da aplicação das medidas preconizadas¹¹.

Do ponto de vista da concepção de controlos do crescimento populacional, enquanto que a questão do controlo do crescimento de que fala Malthus e que referimos anteriormente reporta, no caso dos controlos positivos, à limitação de casamentos, a tese neomalthusiana fundamenta que, a este respeito, a solução não está no controlo dos casamentos mas sim dos nascimentos.

Estas ideias, segundo Nazareth, vão dar origem a um movimento conhecido pelo nome de "Birth control", ou seja, limitação de nascimentos, aceite em vários países e progressivamente admitido por diversos intelectuais. Tudo isso propiciou uma grande publicidade do neomalthusianismo e começaram a surgir publicações sobre a limitação familiar.

Ainda de acordo com o autor, uma diferença evidente nas duas teses refere-se ao facto da doutrina malthusiana se ter mantido conservadora, na medida em que defendia explicitamente o ponto de vista que os poderes públicos e a sociedade não eram responsáveis pela miséria existente nas classes trabalhadoras. Na concepção malthusiana, a miséria era uma consequência da tendência dessas classes, devido a uma multiplicação sem controlo.

Por seu turno, o neomalthusianismo, influenciado pelo liberalismo económico, propõe um crescimento lento da população. Na procura de concretização deste princípio o "Birth Control" perde a sua carga conservadora, própria do malthusianismo, e transforma-se progressivamente num direito fundamental das pessoas a terem os filhos que quiserem e quando quiserem, originando o princípio do "Family Planning". Assim, da limitação de nascimentos passou-se para o "Planeamento Familiar".

¹¹ Pode ser feita esta constatação nos diversos materiais de propaganda editados pelo FNUAP.

Importa finalmente reter que em matéria de organização duma sociedade, os neomalthusianos afastam-se do malthusianismo ao afirmarem que o sistema social de uma nação, ao criar a desigualdade na partilha de riquezas, limita o número de habitantes. A sua originalidade vai consistir, segundo o ponto de vista de Nazareth, na substituição da noção malthusiana de "meios de subsistência". Assim, nesta nova visão, os "meios de subsistência" dizem respeito, não apenas aos produtos alimentares, mas também ao vestuário, à habitação e outros bens.

2.3. Uma variante mais recente da tese neomalthusiana

Em documentação produzida recentemente pelo FNUAP¹² há uma tentativa de estabelecer uma relação estreita entre a explosão demográfica e a degradação ambiental. Trata-se daquilo a que se chamou uma variante mais recente da tese neomalthusiana. A ligação que se quer fazer, não está isenta de uma interrogação formulada no documento atrás referido, o qual questiona nestes termos: será que há limites ambientais para o número de pessoas e a qualidade de vida que a terra pode sustentar?

A pergunta atrás colocada segue um comentário baseado no seguinte: como as condições naturais, a tecnologia e os padrões de consumo e de distribuição estão em constante modificação e não existe acordo universal quanto à definição de densidade máxima, é improvável que alguma vez haja resposta definitiva. Segundo o mesmo documento, a maior parte dos cientistas que ponderou esta questão previu a existência de limites naturais, mas os limites previstos situam-se dentro dum amplo intervalo de variação, entre 4 e 16 mil milhões de pessoas. Questiona o autor do texto o que acontecerá quando a população humana se aproximar desses limites, quer ao nível global quer do ponto de vista local, rematando depois que dependerá das escolhas das pessoas acerca do estilo de vida, da protecção ambiental e da equidade.

Também se reconhece que o esgotamento de águas subterrâneas e o decréscimo da terra de cultivo per capita, em algumas regiões do mundo como o sub-contidente indiano, são factores decisivos das projecções das tendências demográficas. Assim, considera o autor, que um problema urgente para muitos países com um crescimento rápido é a redução da terra de cultivo por cada pessoa. Exemplifica ainda com o caso do Paquistão,

¹² FNUAP, A Situação da População Mundial, 1999

onde as projecções apontam para que a terra para cultivo de cereais desça de 0,09 para 0,04 hectares por pessoa.

Relativamente à água, pode-se constatar no relatório acima referido que em muitas partes do mundo a procura desse líquido já excede a oferta sustentável, a ponto de no caso da Índia já haver situações em que se estima que as captações de água sejam duas vezes superiores à capacidade de recarga das águas subterrâneas, o que tem como consequência a descida de um a três metros por ano dos lençóis freáticos.

Quanto à questão dos alimentos, salienta-se no relatório do FNUAP que as constantes melhorias em termos de tecnologia agrícola ainda que tenham provocado aumentos na produção, não traduzem na mesma escala os resultados das últimas décadas.

Um aspecto mais preocupante nessa relação entre ambiente e crescimento demográfico, à luz dos dados apresentados pelo FNUAP e cuja interpretação suscita a ligação com a tese neomalthusiana, refere-se às mudanças climáticas. Esta dependência pode ser extensiva à degradação dos recursos naturais e biodiversidade, e à influência noutras tendências ambientais, passíveis de conduzir ao esgotamento dos recursos aliêuticos, das florestas, à subida de temperaturas e à perda geral de espécies de plantas e animais, entre outras previsões consideradas como não menos inquietantes para a humanidade.

3. Contradições, críticas e limites das teses malthusianas e neomalthusianas na perspectiva populacionista

Analizamos aqui as contradições, críticas e limites imputados às teses malthusianas e neomalthusianas, em simultâneo com a perspectiva populacionista sobre as questões que temos vindo a tratar.

Com base nos problemas levantados no debate teórico já exposto, uma primeira contradição que se nos afigura apresentar, e que é apontada por Torres (1996), refere-se à reacção para com a questão do sobrepovoamento do mundo, nas lógicas malthusiana e neomalthusiana.

A este propósito, e segundo o Professor Torres, independentemente das consequências do crescimento da população mundial, deve-se procurar saber, antes de mais, quais são as causas desse "boom". Para este autor, há que questionar, também, se a maioria da humanidade é pobre por excesso de população, por escassez de recursos ou, ainda, se a população aumenta como resultado da pobreza.

Questiona ainda esse estudioso, referindo-se ao neomalthusianismo, nestes termos: "se o planeamento familiar é, como muitos pretendem, a solução para travar o crescimento da

população, porque continua este em forte progressão, após trinta anos de esforços internacionais e mais de três mil milhões de dólares despendidos em campanhas de controlo de natalidade?"¹³ Neste particular surge uma crítica bastante forte da parte dos defensores da corrente populacionista, para quem a abundância das populações constitui factor de dinamismo sócio-económico, pelo que não se vê motivos para tanto alarme perante o crescimento demográfico. No nosso ponto de vista, achamos que haverá um optimismo exagerado dos populacionistas na sua forma de abordar essas questões, ou estarão demasiado agarrados a uma realidade que não tem nada a ver com os países em vias de desenvolvimento.

Uma outra contradição relaciona-se com a ideia malthusiana de que o excesso de população está na origem da fome que se verifica em demasiados países. Pressupõe esta tese que a produção de alimentos aumenta menos que a população. Torres demonstra que a realidade mostra o contrário através dum gráfico onde revela a relação entre a produção de cereais e a evolução da população mundial verificado entre os trinta anos decorrentes entre 1960 e 1980. Põe esse autor em destaque o crescimento da produção de cereais em todo o mundo num ritmo que ultrapassa o dobro do ritmo da população entre 1960 e 1970, e quase que duplicando nos restantes anos. No mesmo sentido vai o pensamento de Amartya Sen (1999), autor que muito tem debruçado sobre estas questões nos últimos anos.

O contributo de outros autores neste debate, com acentuação nas críticas às teses antinatalistas, incide, segundo Leston Bandeira (1996: 10), na forte contestação àquilo que é tido como a quimera progressão geométrica de Malthus. Vão igualmente os críticos contra o pessimismo de Malthus na relação crescimento da população/recursos. Rebatem a sustentação segundo a qual a população duplica de 25 em 25 anos, com considerações que têm como pano de fundo o fundamento de que o crescimento demográfico gera dinamismo, impulsiona a sociedade a desafiar o seu próprio desenvolvimento, sendo para tal necessária a abundância de homens.

Mas a maior contradição na tese malthusiana, segundo o autor atrás mencionado, refere-se ao célebre postulado do grande banquete da natureza, cuja interpretação induz a pensar que não haveria lugar para os excluídos da sociedade e que, por isso, haveria que

¹³ A percepção de acordo com a qual, existe um extraordinário crescimento demográfico - e convém ressaltar - no chamado Terceiro Mundo patenteia-se nas preocupações da Organização das Nações Unidas (ONU) em alertar governos para a necessidade de se dar o devido enquadramento das questões demográficas nas respectivas estratégias de desenvolvimento. Aliás, nesta perspectiva, Cabo Verde é um caso paradigmático, pois aí a ONU não só chama a atenção, como também financia certos aspectos da estratégia de população.

se questionar o direito à vida. Embora se tenha retirado esse princípio nas edições subsequentes à 1ª edição da obra de Malthus, sublinha Leston Bandeira que o mesmo postulado estará associado àquilo que poderá ter inspirado a acção de alguns antipopulacionistas contemporâneos: hoje muito contestada, por chocar com valores modernos e cuja expressão máxima se traduz nas medidas antinatalistas, adoptadas por alguns governos (como é o caso da China).

Não se livram, também, as visões não populacionistas acerca dos efeitos do crescimento demográfico de energias críticas por ignorarem o fenómeno da transição demográfica.¹⁴

Às críticas apontadas acrescentamos algumas limitações sugeridas pela bibliografia consultada, como sejam: o estado do conhecimento dos fenómenos demográficos na época de Malthus; instrumentos de medida do crescimento demográfico relativamente rudimentares; dinâmicas das populações europeias mal conhecidas; uma teoria assente em dados de observação e em indicadores incipientes; ausência de percepção do enorme potencial de progressos materiais tecnológicos e sociais da época; e, incapacidade de admitir a ideia de que a revolução industrial pudesse modificar radicalmente as condições materiais de existência das populações, multiplicando, em particular, a capacidade da produção alimentar.

Porém, apesar das contradições, críticas formuladas e dos limites constatados no pensamento malthusiano, temos que ressaltar um aspecto importante nos conhecimentos transmitidos. É que, para além de terem contribuído, chamando a atenção para as implicações do crescimento demográfico, abriram caminho às ideias modernas do controlo voluntário da procriação. Ao fim e ao cabo é isto que constitui um dos desígnios do programa foco do nosso estudo.

¹⁴ Trata-se, de acordo com Biaye (1995), dum fenómeno universal caracterizado por uma sucessão de sequências históricas atípicas resultantes de uma transformação estrutural mais vasta. O perfil dessa transição pode ser resumido por um valor chamado multiplicador transicional de população, ou seja, o coeficiente pelo qual é multiplicada a população em curso de transição. Esse coeficiente é tanto mais elevado quanto o crescimento demográfico é forte e prolongado, dependente do volume do "sino" descrito pelas taxas de crescimento anuais em ordenada. Em termos mais simples, a transição demográfica refere-se à teoria que sustenta a ideia da passagem de situações de altas para baixas taxas de natalidade e de mortalidade.

CAPÍTULO II

PERFIL SÓCIO - ECONÓMICO E DEMOGRÁFICO DE CABO VERDE E DA SUA SUB-REGIÃO

Neste capítulo abordaremos as dinâmicas económicas e sociais da África ao Sul do Sahara (ASS), destacando o caso de Cabo Verde. Faremos uma caracterização sócio-económica do país, e daremos particular relevância à análise da sua situação demográfica recente.

1. Análise da situação da África Sub-Sahariana

Ao analisar o quadro sócio-económico e demográfico da sub-região podemos ver alguns aspectos que caracterizam o estágio de desenvolvimento desta parte do continente africano. Focalizaremos, logicamente, a situação de Cabo Verde no conjunto de vários países que integram esta sub-região, tal como mostra o quadro seguinte:

Quadro 1. Indicadores de Desenvolvimento Humano em 17 países da ASS¹⁵

Países membros	IDH 1999	Ranking
Benin	0,421	155
Burkina Faso	0,304	171
Cabo Verde	0,677	106
Costa do Marfim	0,422	154
Gâmbia	0,391	163
Gana	0,544	133
Guiné Bissau	0,343	168
Guiné Conakry	0,398	161
Mali	0,375	166
Mauritânia	0,447	149
Senegal	0,426	153
Serra Leoa	0,254	174
Tchad	0,393	162
Togo	0,469	143
Angola	0,398	160
Moçambique	0,341	169
S. Tomé e Príncipe	0,609	123

Fonte: PNUD, (2000: 86)

¹⁵ Estes indicadores foram preparados, a partir dum número de 174 países considerados.

Como se pode ver no quadro 1 acima, na sua sub-região, embora no mesmo não figure um conjunto significativo de países, Cabo Verde ocupa uma posição de destaque, no que se refere aos índices de desenvolvimento humano¹⁶.

Vejamos, em particular, um indicador económico que não deixa de ter a sua importância na análise da evolução económica de qualquer região ou país - o Produto Interno Bruto (PIB) real *per capita*.

Quadro 2. Variação anual em % do crescimento do PIB *per Capita* na ASS

1973	1990	1995	1996	1997
2,0	-0,7	-1,1	0,8	1,8

Fonte: Sparks, (1998: 10)

O quadro 2 dá uma ideia de como se comportou esse indicador na ASS nas últimas três décadas. Revela-nos ainda que, nos anos oitenta e provavelmente até meados dos anos 90, a economia desses países passou por uma fase crítica, a dever-se certamente à conjuntura política e económica dos anos 80 e as suas sequelas nos anos subsequentes.¹⁷ Relativamente à evolução demográfica na ASS, vejamos algumas informações do seu comportamento nesta sub região no quadro seguinte.

Quadro 3. Indicadores da dinâmica de população em 1990, nas áreas geográficas que constituem a ASS, incluindo Cabo Verde

	Afr ocidental	Afr oriental	Afr central	Afr austral	C Verde
Taxa de cresc. natural	3,0	3,0	3,0	2,7	2,8
Taxa de mort infantil*	119	116	118	61	66
Esp de vida à nascenç	48	50	50	62	61

Fonte: IMPACT – Projet du Population Reference Bureau, (1990: 24)

*Óbitos de nados vivos por cada 1000 nascimento

O quadro que vemos acima distribui alguns indicadores segundo as várias regiões que constituem o quadro natural da ASS e o próprio estado de Cabo Verde. Esta tabela aponta para os dados do crescimento natural, mortalidade infantil e esperança de vida à

¹⁶ Para se obter o Índice do Desenvolvimento Humano (IDH), faz-se um cálculo que consiste em dividir por 3 a soma de três índices: Esperança de Vida (medida pela longevidade), Nível Educacional (medido por uma combinação da taxa de alfabetização adulta, cuja ponderação vale 2/3, com a taxa conjunta do primário, secundário e superior, ponderação 1/3) e o PIB real per capita ajustado. Dos cálculos efectuados para o caso de Cabo Verde tem-se, para 1997, o seguinte: Índice da Esperança de Vida (0,76) Índice do Nível Educacional (0,870) Índice do PIB real ajustado per capita (0,176) / 3 = 0,600.

¹⁷ Se associarmos o auge da guerra fria à crise global da dívida tal como refere Afonso, (1996: 26), temos que admitir que, tal como a mesma escreve, a situação é, no mínimo, desoladora.

nascença, referentes aos anos 1990.¹⁸ A esperança de vida também registou melhorias em relação à década de 70, quando, segundo Cornevin, (1978: 340), em toda a África esse indicador era inferior a 50 anos. Esse mesmo autor indica como factores determinantes da demografia africana a estrutura dos casamentos, realça a questão da poligamia, o reduzido espaçamento entre os nascimentos, entre outros. Identifica, no entanto, como factor de importância central, a fecundidade.

A este respeito se nos afigura realçar que, a evolução do Índice Sintético de Fecundidade (ISF) variou em média nos PVDs entre 8,5 filhos por mulher na década de 70 e 4,8 em meados dos anos 90 de acordo com FNUAP (1999: 8). Em meados dos anos 90 os países da ASS apresentam um ISF situado entre 7,5 filhos por mulher para uns estados (caso da Etiópia) e 5,7 para outros, caso da República Centro Africana, Etchepare e Outro (1999: 103 e 158). É conveniente notar que a média de ISF na ASS está acima da generalidade dos PVDs.

Em termos comparativos com a situação de Cabo Verde a redução do ISF entre os anos 70 e 90 parece ter ocorrido de forma mais rápida do que na generalidade dos PVDs e muito mais acelerada ainda do que a sua sub-região, deixam entender os autores atrás referidos. Em 1992 esse país já apresentava um ISF estimado em 4,4 filhos por mulher.

Salientamos ainda, algumas referências sobre a natalidade e mortalidade na sub-região na década de 90, embora sem dados para comparação com outros anos, no que concerne aos países da ASS. Os mesmos dados põem em evidência as fases respectivas de transição demográfica em que se encontra cada um desses países.

¹⁸ No concernente ao indicador crescimento natural, cuja média aponta para um número não superior a 3% ao ano, terá havido uma ligeira redução do mesmo em relação à década de 80, a julgar pelos dados apresentados por Caldwell, (1995: 10).

Figura I. Diagrama da situação dos países da ASS, segundo as respectivas taxas de natalidade e mortalidade, no ano de 1996, em ‰ e com indicação das correspondentes fases de transição demográfica

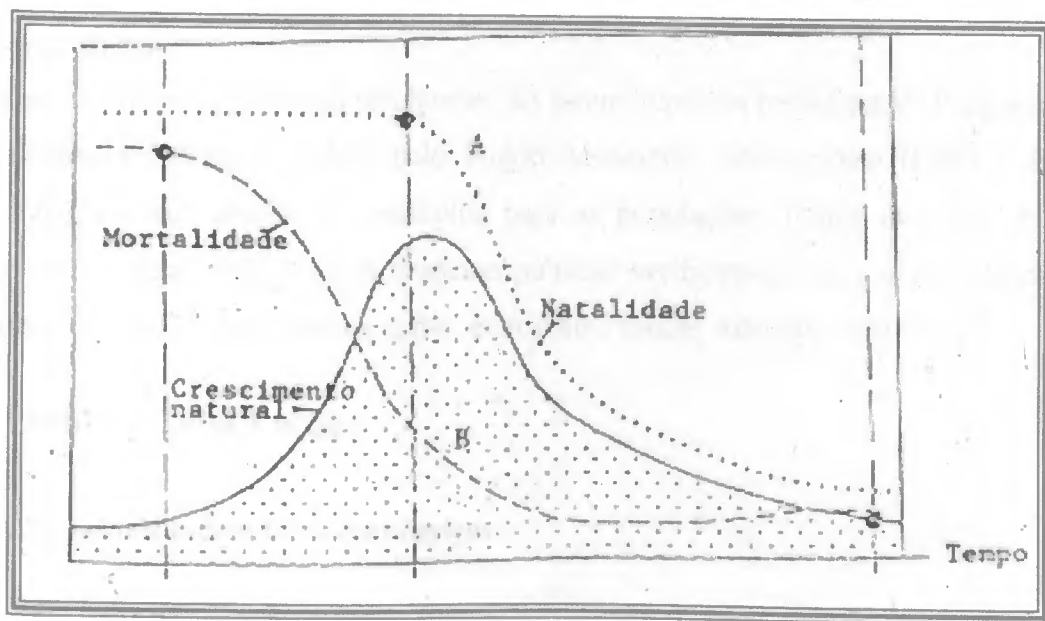
Países na primeira fase da transição demográfica e por isso com:			
TBN elevada (TBN > ou = 45) TBM elevada (TBM > ou = 20)		TBN elevada (TBN > ou = a 45) TBM média (15 < ou = TBM < 20)	
Angola Gâmbia Guiné Malawi Mali Uganda Serra Leoa		Benin, Congo, Zâmbia, Burkina Faso, Zaire, Burundi, Djibuti, Costa do Marfim, Ruanda, Etiópia, Somália, Libéria, Moçambique, República Centro Africana	
Países na segunda fase da transição demográfica e por isso com:			
TBN elevada (TBN > ou = a 45) TBM fraca (TBM < 15)	TBN Média (30 < ou = TBN < 45) TBM elevada (TBM > ou = a 20)	TBN média (30 < ou = TBN < 45) TBM média (15 < ou = TBM < 20)	TBN média 30 < ou = TBN < 45 TBM fraca (TBM < 15)
Comores Madagáscar Togo	Guiné Bissau	Gabão Guiné Equatorial Senegal Tchad	África do Sul, Argélia, Botswana, Zimbabwe Camarões, C. Verde Gana, Quênia, Egipto Namíbia, Lesotho, Suazilandia, Gana
Países na terceira fase de transição demográfica e por isso com:			
TBN fraca (TBN < 30) TBM fraca (TBM < 15)			
Ilhas Maurícias			

Fonte PNUD (1994: 186-187)

Ao observarmos a figura I acima apresentada, notamos, por um lado, que sensivelmente metade dos países da ASS situa-se ainda na primeira fase de transição demográfica. Em regra, esses países apresentam taxas de natalidade elevadas, combinadas com taxas de mortalidade média, ou mesmo alta, em certos casos.

Por outro lado, um grupo de 22 países apresenta características que os colocam na segunda fase, ainda que em situações diversas. Em nenhum caso apresentam em simultâneo taxas de natalidade e de mortalidade elevadas, ou fracas. Aliás, esta última característica é própria de países na terceira fase de transição demográfica. No caso da ASS só um estado – Maurícias – se encontra nesse patamar. Cabo Verde apresenta uma Taxa Bruta de Natalidade (TBN) média, situado entre os 30 e 45 nascimentos por ano, em cada mil indivíduos, e uma Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) fraca, abaixo dos 15 óbitos em cada mil indivíduos no mesmo espaço de tempo. O caso destas ilhas do Atlântico é traduzido pela figura adiante indicada.

Figura II. Transição demográfica de Cabo Verde



Fonte: Gendreau, (1993)

A situação de Cabo Verde em 1993 é evidenciada pelos pontos A e B. Conforme o FNUAP, este país provavelmente estava então no começo da segunda fase de transição demográfica, como demonstram os pontos A e B destacados nesta figura.

Como essencial da situação sócio-económica e demográfica da ASS, salientamos os dados presentes nas páginas iniciais da revista *Population action international*¹⁹.

De acordo com essa publicação, em 1997, a população total da ASS era de 622 milhões de pessoas, os nascimentos ascendiam a 43‰, a taxa de crescimento anual da população estava situada em 2,8%, o índice sintético de fecundidade era de 6,1 nascimentos por mulher, a população duplicava em cada 25 anos, a percentagem dos casais a recorrer a contracepção atingia os 18%, a mortalidade infantil em cada 1000 nascimentos era de 105 nados vivos, a mortalidade materna em cada 100.000 nascimentos era de 980 mães, a taxa de alfabetização de adultos era, respectivamente, de 67% e 47% para os sexos masculino e feminino e o PNB per capita rondava os 480 \$US.

Apesar dos dados da dinâmica de população apresentados, a situação demográfica reinante na ASS resulta da ausência de qualquer política oficial dos governos com

¹⁹ Trata-se duma revista especialmente dedicada às mudanças na dinâmica de população em África. Incide particularmente nas políticas e programas que mostram um certo crescimento em ordem a transformar a qualidade de vida das pessoas.

¹⁹ Dados da OCDE para 1984-1998 mostram os cinco maiores doadores bilaterais de Cabo Verde no período entre 1984 e 1988: Suécia, Portugal, Países Baixos, Luxemburgo e Alemanha.

intenção clara de controlar os nascimentos²⁰, sustenta a documentação consultada. No conjunto dos países da ASS, exceptuam-se muito poucos estados, como o Gana Cabo Verde e Quénia.

Por acréscimo aos problemas resultantes, ao serem impostos nesses países Programas de Ajustamento Estrutural (PAE) pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial, os seus efeitos são múltiplos para as populações. É que face aos choques provocados pelas reduções nas despesas públicas verificam-se maiores dificuldades no acesso a certos serviços básicos como: educação e saúde, Adepojo (1997: 14).²¹

2. Perfil de Cabo Verde

2.1. Principais indicadores económicos

No que concerne ao Produto Interno Bruto (PIB), conforme o guia de Cabo Verde sobre as oportunidades para as empresas portuguesas (1997) editado pela Associação Industrial Portuguesa (AIP), as grandes opções do plano 1997 apontavam para um valor do PIB na ordem dos 28,4 mil milhões de ECV em 1994 e de 32,2 mil milhões de ECV em 1995, correspondente na altura a cerca de 284 e 322 milhões de dólares respectivamente. A sua variação real anual nesse período foi de 4%.

O quadro 4, que a seguir apresentamos, dá uma ideia mais alargada do comportamento desse indicador numa série de anos relativamente longa, entre 1980 e 1997.

²⁰ Conformar-se pode ver no texto de Coquery-Vidrovich et Moniot (1992: 470).

²¹ A este respeito existe uma documentação muito variada relativamente ao assunto, onde se incluem: World Bank (1994), Hibbou 1998: 98 e segs, Oppenheimer (1998: 6), entre outros. A actuação do Banco Mundial tem suscitado muitas críticas por parte daqueles que entendem que ao serem implementados os PAE com rosto humano, está-se a reconhecer os efeitos nocivos das medidas de correcção impostas aos países pela organização de Bretton Woods.

Quadro 4. Evolução do PIB, 1980 a 1997(a preços correntes)

ANO	VALOR EM 10 ECV	TAXA DE VARIAÇÃO % S/ ANO ANTERIOR
1980	5714.8	-
1981	6791.9	18.85
1982	8199.8	20.72
1983	9929.2	21.10
1984	11209.0	12.89
1985	12624.6	12.63
1986	15285.6	21.08
1987	17112.9	11.95
1988	19123.4	11.75
1989	20926.5	9.43
1990	21573.4	3.09
1991	22930.0	6.29
1992	24380.6	6.33
1993	26626.0	9.21
1994	28441.0	6.82
1995	32228.0	13.32
1996	35255.0	9.39
1997	39612.2	12.36

Fonte: INE 1980-1992 citado pelo PNUD 1998: 141 e estimativas recolhidas no PND (1997-2000: 35)

Como se pode ver no quadro 4, ainda que tenha havido um abrandamento gradual da taxa de crescimento do PIB na década de 80, continua alto o crescimento desse indicador. Isto deve-se, conforme o PNUD (1998: 133), ao resultado duma política económica prudente financiada por elevadas remessas dos emigrantes²² e avultada ajuda externa²³.

No período entre 1991-1995 constatamos um abrandamento ainda maior do crescimento do PIB, justificado pela mesma fonte pelo facto de ter havido um aumento substancial das despesas públicas.

Reportando à fonte inicialmente referida, a mesma revela que entre 1991 e 1995 a indústria transformadora e a construção civil sofreram um incremento assinalável, o que se traduziu num aumento da capacitação do sector secundário em 2%. Os serviços viram a sua participação passar de 65% para 68%, entre os anos referidos.

²² A este respeito Borges (1997) – e ao mesmo voltaremos mais à frente – apresenta um gráfico da evolução das transferências dos emigrantes para Cabo Verde entre 1986 e 1993, que corrobora este facto.

²³ Dados da OCDE para 1984-1998 mostram os cinco maiores doadores bilaterais de Cabo Verde no período entre 1984 e 1988.: Suécia, Portugal, Países Baixos, Luxemburgo e Alemanha.

No que tange ao Produto Nacional Bruto (PNB), os dados do Relatório do Desenvolvimento Humano do PNUD (1999) apontam, referindo-se especificamente a 1997, para um montante de 0,4 mil milhões de dólares. O PNB Per Capita em 1997, segundo consta do mesmo documento, rondava os 1090 USD\$. A diferença evidenciada nos números do PIB e nos do PNB resulta da inclusão das transferências externas no segundo indicador, entre as quais se destacam as remessas dos emigrantes e a Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD).

A inflação era, em 1997, considerada pelas autoridades locais como variável controlada, apresentando como valor médio, nos últimos anos, particularmente em 1997, uma taxa de 4,4%.

Quanto à dívida externa, conforme o Programa Integrado da Cooperação Portuguesa, ela cresceu de forma significativa, passando de um montante de 147,5 milhões de dólares em 1994 para 210,0 em 1997.

No atinente ao comércio externo, segundo a AIP, a evolução das exportações e das importações caracteriza-se por um crescimento permanente entre 1980 e 1988, mais que duplicando entre 1993 e 1995. Enquanto que as exportações variaram, no primeiro período indicado, entre 6,9 e 11,2 milhões de USD \$, as importações tiveram um fluxo na mesma época que se situou entre os 82,7 e 110 milhões de USD \$, originando um défice na balança comercial (BC) que oscilou, também nesse espaço de tempo, entre os montantes correspondentes a -75,5 e - 99,0 milhões de dólares. Como é evidente, o país, para estar numa situação que lhe permita manter as suas relações comerciais com o exterior, beneficia de outros fluxos financeiros. Estes são oriundos das remessas dos emigrantes, que apesar de não suportarem o défice na totalidade, têm peso significativo na sua cobertura. Os valores variam de 1986 a 1993 entre 20 e 80 milhões de dólares Borges, (1997).

Em síntese, dois elementos importantes a ter em conta na análise do comércio externo de Cabo Verde, pela sua relevância para a busca do equilíbrio na Balança Comercial, referem-se às remessas dos emigrantes e à APD que variou entre 1.677.80 e 1079.66 10 ECV no período compreendido entre 1995 e 1997 PNUD, (1998:155).

2.2. Situação social

No concernente aos indicadores sociais, não obstante serem apresentados de forma mais detalhada no capítulo seguinte, onde se confrontam com as políticas de população

aplicadas no país, há a reter que dados recolhidos nos Relatórios do Desenvolvimento Humano²⁴ permitiram apurar que, relativamente aos índices de sobrevivência e desenvolvimento infantil, a esperança de vida em 1970 e 1987 conheceu uma evolução traduzida num aumento de 12,9 anos. No mesmo período, a mortalidade infantil teve uma redução que variou de 87 para 54 óbitos por mil nados vivos.

Quanto ao perfil de saúde, em 1993 já havia no país um rácio de 29 médicos por cada mil pessoas, e 57 enfermeiros também por cada mil indivíduos. Com referência aos dados relativos ao desenvolvimento da educação, verificamos que há um aumento sensível na taxa de alfabetização de adultos, reflectido nos seguintes valores: 39,9% em 1975 e 71,0% em 1997. Melhorias significativas foram observadas na escolaridade primária, cuja taxa em 1997 é de 99,9% e uma abrangência a 100% da camada feminina.

2.3. Aspectos demográficos

Neste ponto, por imperativos de espaço, seguiremos o esquema de análise demográfica proposto por Sauvy (1979: 181)²⁵, e por isso evidenciaremos as oscilações dos nascimentos, onde teremos a oportunidade de apresentar alguns dados sobre a fecundidade no país, e da componente mortalidade. Será também abordado, ainda que levemente, o fenómeno migratório.

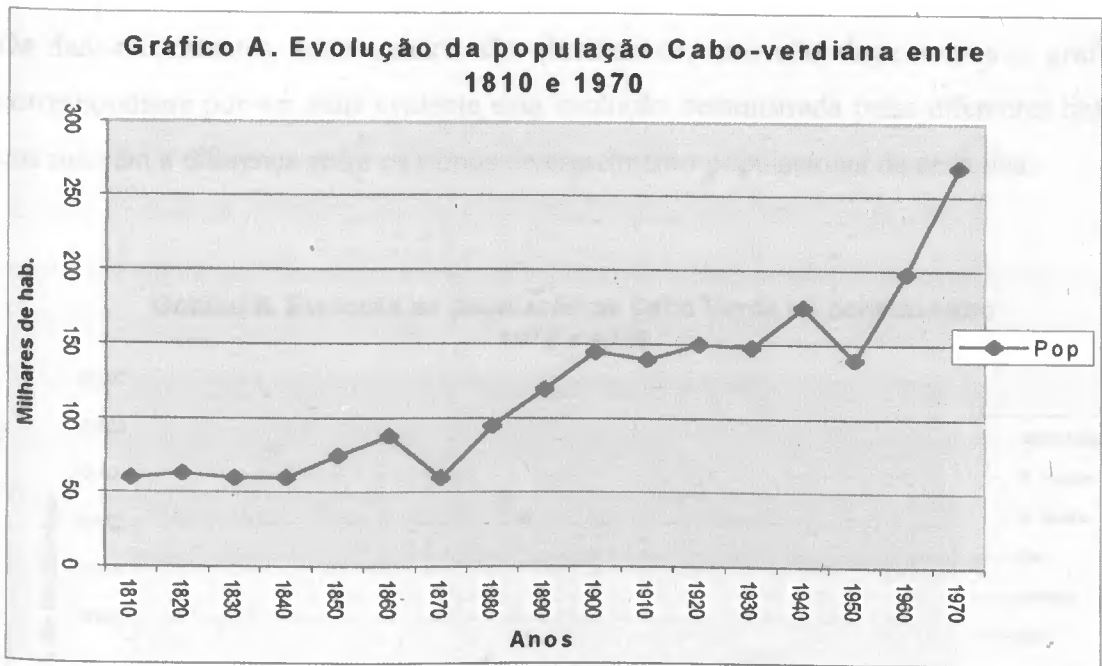
2.3.1. População Cabo-verdiana nos dois últimos séculos

A situação demográfica de Cabo Verde resulta tanto de aspectos directamente relacionados com as características geográficas do território, como também das condições sócio-económicas e a intensidade da desertificação. Estes, entre outros, são alguns factores de base que condicionam fortemente o crescimento e a evolução das estruturas demográficas (FNUAP 1994: 14).

Como podemos ver no gráfico A abaixo, entre os princípios do século XIX e a actualidade, a tendência foi de um crescimento rápido, assinalado por quebras bruscas nas décadas de 1820, 1860, 1900 e 1940, coincidentes principalmente com anos de seca acentuada.

²⁴ Na recolha desses dados tivemos como opção levantar as informações constantes em mais que um relatório, por forma a se destacarem as variações ocorridas de ano para ano, seleccionando os indicadores sociais mais usados.

²⁵ Também seguido por Coale e Hoover (1965: 63), ao analisarem os efeitos do desenvolvimento económico no crescimento da população.



Fonte: Brito, e Semedo, (1995: 79)

O último factor referenciado, relativo à intensidade da desertificação no arquipélago, é normalmente apontado como principal responsável pelas regressões demográficas ao longo do tempo em Cabo Verde, pelas mortandades provocadas. Com efeito, salientam os autores Brito e Semedo (1995), a partir dos anos 50 o crescimento da população nas ilhas registou uma aceleração, como resultado das intervenções com medidas que fizeram com que as secas não constituíssem mais motivo de mortandade generalizada.

2.3.2. Dinâmica demográfica entre os anos 70 e 2000

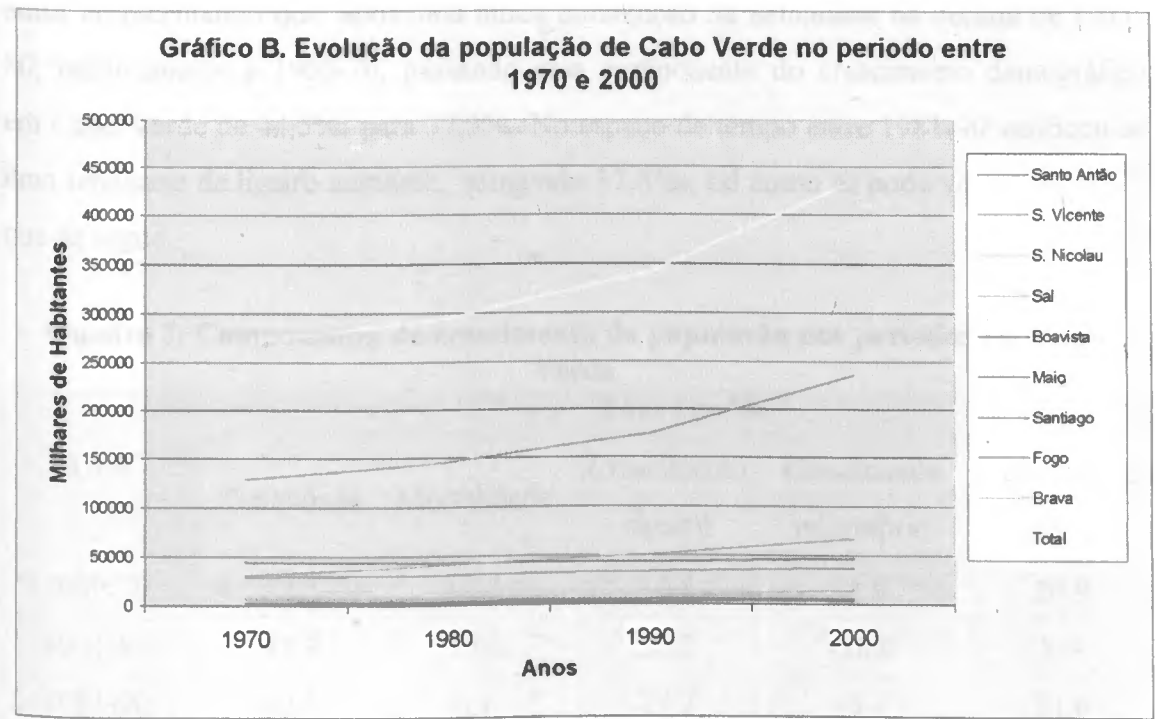
Antes de entrarmos na análise das componentes da dinâmica demográfica nesse período vejamos os dados recentes sobre a evolução da população cabo-verdiana nas últimas décadas e presentes no quadro 5.

Quadro 5. Evolução da população residente em Cabo Verde no período entre 1970 e 2000

Concelhos	1970	1980	1990	2000
Santo Antão	44623	43321	43845	47124
S. Vicente	31578	41594	51277	67844
S. Nicolau	16308	13577	13665	13536
Sal	5505	5826	7715	14792
Boavista	3569	3372	3452	4193
Maio	3466	4098	4969	6742
Santiago	128782	145957	175691	236352
Fogo	29412	30978	33902	37409
Brava	7756	6985	6975	6820
Total	270999	295703	341491	434812

Fonte: INE, (2000:7)

Os dados constantes neste quadro são elucidativos, mas não dispensamos o gráfico correspondente por ser mais evidente essa evolução demonstrada pelas diferentes linhas que marcam a diferença entre os ritmos de crescimento populacional de cada ilha.



Fonte: INE (2000: 7)

Conforme se pode ver no quadro 5, a população cabo-verdiana em 2000 rondava os 435 mil habitantes. Revela ainda, a fonte a partir da qual elaboramos o quadro anteriormente mencionado, um crescimento demográfico anual rondando os 2,4%.

2.3.2.1. Natalidade

De acordo com a documentação consultada, o número de nascimentos em Cabo Verde sofreu flutuações importantes de 1971 a 1980, variando entre: 11168 em 1971 para 9867 em 1974 e para 11396 em 1980, como se pode constatar no quadro a seguir indicado.

Quadro 6. Nascimentos ocorridos no período 1971-80

Anos	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
População	11168	10574	8198	9867	10196	11632	10869	10114	10212	11396

Fonte: Contagem nos registos civis feita pela DGE, citado por Biaye (1995: 108)

No espaço de tempo a que se refere o quadro acima, sublinha Biaye (1995), a Taxa Bruta de Natalidade variou da mesma forma como os nascimentos, a um nível elevado: entre 35 e 40‰. No período mais recente, isto é, de 1980 a 1990, embora o número de nascimentos não tenha flutuado tanto, a TBN variou entre 34 e 40‰. - revela o mesmo autor acrescentando que, após uma nítida diminuição da natalidade na década de 1971-80, relativamente a 1960-70, passando essa componente do crescimento demográfico em Cabo Verde de 44,5‰ para 37,3‰. No espaço de tempo entre 1981-90 verificou-se uma tendência de ligeiro aumento, atingindo 37,8‰, tal como se pode ver no quadro 7 que se segue.

Quadro 7. Componentes do crescimento da população por períodos em Cabo Verde

Anos	Taxa em ‰				
	Natalidade	Mortalidade	Crescimento natural	Crescimento migratório	Crescimento líquido
1960-70	44,5	10,6	30,8	-1,9	30,9
1971-80	37,3	10,6	26,7	-18,0	8,8
1981-90	37,8	8,1	29,7	-8,1	21,6

Fonte: Biaye (1995: 121)

Na opinião do autor, dois fenómenos tiveram influência sobre a natalidade, nomeadamente a estrutura etária das mulheres em idade fértil e as migrações internacionais, consistindo para a explicação do primeiro factor o seguinte: "as gerações estreitas nascidas entre 1940 e 1950 foram progressivamente substituídas por gerações mais numerosas de mulheres nascidas depois de 1950. Este efeito de estrutura etária contribui para o aumento do número de nascimentos" (Biaye, 1995:45).

2.3.2.2. Fecundidade

Todos os estudos sobre a fecundidade em Cabo Verde consideram-na caracterizada por um nível elevado por uma tendência de rejuvenescimento do seu calendário²⁶ e por uma tendência para o declínio, à medida que vão passando os anos no período entre 1970, 1980 e boa parte dos anos 90.

Reportando-nos ao autor que temos vindo a citar, o Índice Sintético de Fecundidade (ISF), que se situava em 7,49 filhos por mulher em 1970, não é mais que 6,32 em 1980

²⁶ Calendário é, segundo BIAYE, a distribuição etária das taxas de fecundidade.

e 5,64 em 1990. Ou seja, há uma diminuição de 16% entre 1970 e 1980 e de 11% entre 1980 e 1990.

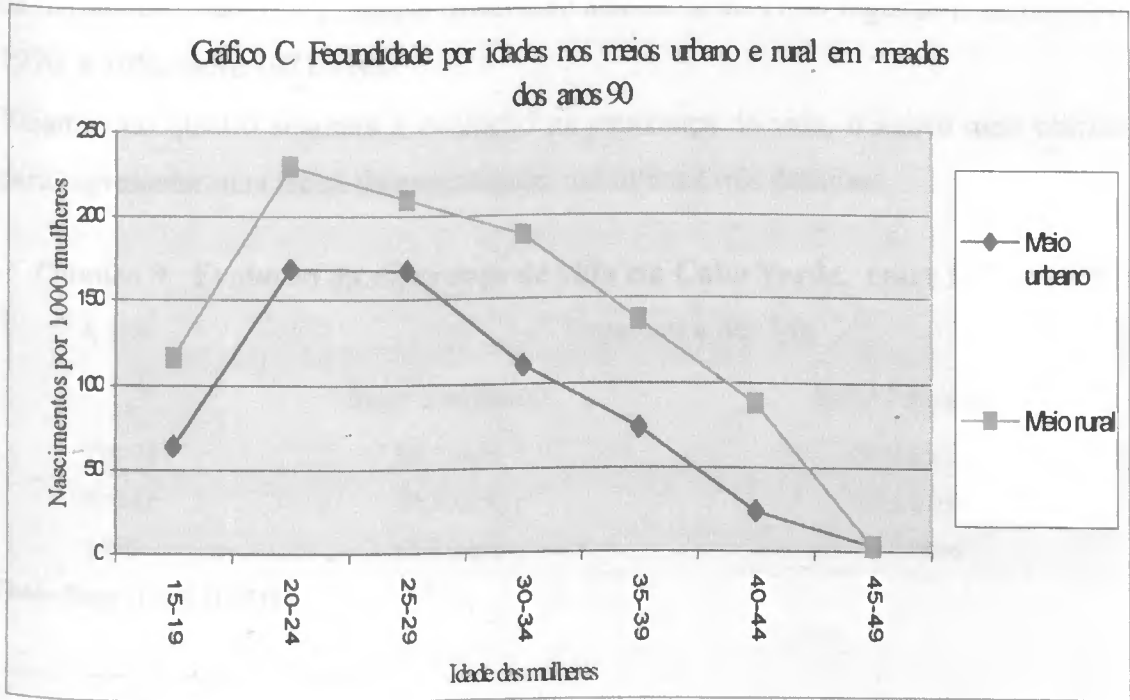
O quadro 8 a seguir indicado, sobre as taxas específicas de fecundidade por idades em Cabo Verde, ajuda-nos a enquadrar um pouco melhor os dados apresentados.

Quadro 8. A fecundidade em Cabo Verde em 1970, 1980 e 1990

TAXA DE FECUNDIDADE EM ‰	GRUPOS ETÁRIOS						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	44-49
1970	55,23	288,71	367,16	317,95	282,92	145,97	40,71
1980	68,64	238,07	300,07	274,41	234,47	123,49	24,84
1990	105,08	248,44	262,0	234,92	165,44	80,6	32,00

Fonte: Contagem do registo civil conjugada com dados dos Censos relativos a esses anos, conforme Biaye (1995: 110)

Conforme estimativas de fecundidade em meados da década de 90, divulgadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), baseadas nos nascimentos ocorridos relativamente a cada mil mulheres (1995, 1996 e 1997), as taxas específicas de fecundidade referentes a Cabo Verde, nos meios rural e urbano, apresentam os valores presentes no gráfico C a seguir apresentado.



Fonte: INE, 1998: 40

Revela o Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR), que o Índice Sintético de Fecundidade (ISF) em Cabo Verde era, entre 1995 e 1997, de 4,0 filhos por mulher,

tendo este índice, segundo dados recolhidos no INE, descido no ano 2000 para valores ainda mais baixos. Observamos igualmente neste estudo que existe um diferencial importante segundo o habitat. Enquanto que as mulheres residentes nos meios urbanos apresentam ISF de 3,1 filhos, aquelas que habitam nos meios rurais têm em média 4,9 filhos, resultando uma diferença de 1,8 filhos. Para o total do país o ISF teve um declínio nos últimos 20 anos de aproximadamente 43%. As mulheres em Cabo Verde têm actualmente em média cerca de 3 filhos a menos que há 20 anos atrás, sublinha a mesma fonte.

2.3.2.3. Mortalidade

Com referência à mortalidade geral, há a realçar que tem vindo a concentrar-se progressivamente nas idades mais avançadas, de 50 e mais anos²⁷. A Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) caracterizava-se, por volta de 1994, segundo o Relatório sobre População e Desenvolvimento²⁸, por baixos níveis de mortalidade geral, o que é reflexo duma estrutura jovem da população, como teremos oportunidade de evidenciar mais adiante.

A TBM era, conforme se escreve no documento atrás mencionado, da ordem de 8,2‰ na década de 1980-1990, comparativamente aos cerca de 11‰ registados entre 1961 e 1970, e 10‰ entre 1971-1980.

Vejamos no quadro seguinte a evolução da esperança de vida, o índice mais utilizado para representar uma tábua de mortalidade, nas últimas três décadas.

Quadro 9. Evolução da esperança de vida em Cabo Verde, entre 1970 e 1990

Anos	Esperança de vida	
	Sexo masculino	Sexo Feminino
1970-71	54,7 anos	56,1 anos
1979-81	59,1 anos	60,6 anos
1990	65,7 anos	71,3 anos

Fonte Biaye (1994: 116-118)

²⁷ De acordo com Biaye, as condições de mortalidade numa determinada data, ou durante um período, são descritas com a ajuda de uma tábua de mortalidade, apresentando geralmente os quocientes de mortalidade por idade, os sobreviventes e os óbitos.

²⁸ Trata-se de um documento elaborado pelo Governo de Cabo Verde em 1994. Possui todas as características de um estudo de base. Apresenta o diagnóstico dos diferentes sectores com incidência directa nas questões de população e desenvolvimento.

A análise deste quadro permite-nos constatar um aumento na esperança de vida no período em apreço, que foi na ordem dos 4,5 anos de 1970 a 1980, isto é, uma média anual de 0,45 anos. De 1980 a 1990 foi de 6,6 anos nos homens e 10,7 anos nas mulheres.

A fonte donde se partiu para a elaboração deste quadro salienta ainda, entre outras constatações importantes, dois aspectos: a mortalidade em geral nos períodos estudados e nas idades adultas é fraca, seja qual for o sexo, em comparação com o nível relativamente elevado de mortalidade infantil. Diminuiu fortemente entre 1970 e 1990.

2.3.2.4 Migrações

O fenómeno migratório tem, para o caso de Cabo Verde, um papel relevante no comportamento demográfico e, por conseguinte, na determinação das tendências de evolução. Não existem dados fidedignos acerca da problemática das migrações internacionais de e para Cabo Verde. Contudo sabemos que a emigração tem sido abundante, existindo vastas comunidades de cabo-verdianos em países como EUA, Portugal, Holanda por exemplo. Sabemos também que a mobilidade das populações inter-ilhas continua conhecendo um incremento, visível na evolução das taxas de crescimento urbano. Este facto traduz a atracção das pessoas do meio rural para os meios urbanos, como provam os dados constantes do relatório preliminar dos Censos 2000, realizados em Junho desse ano.

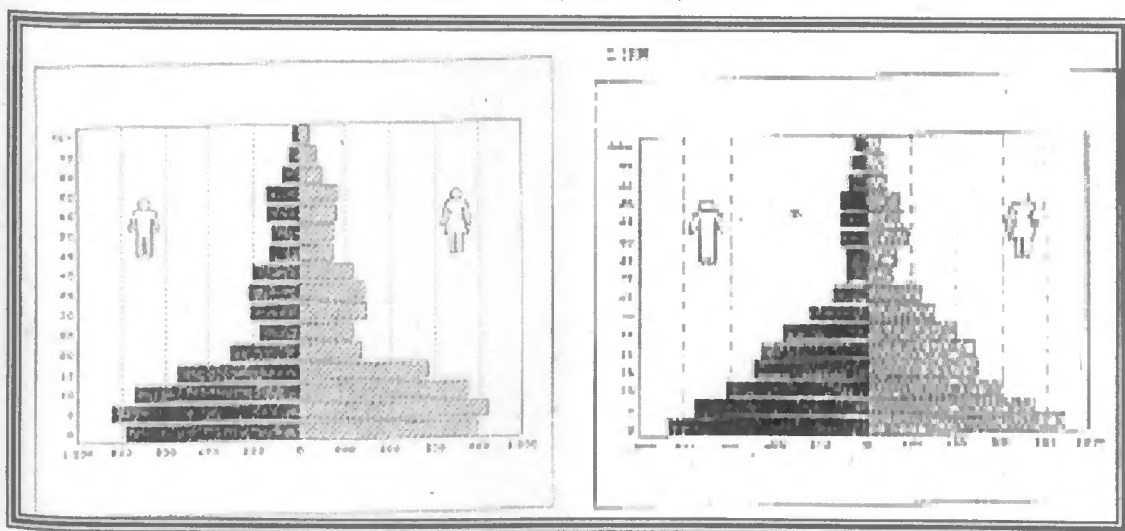
Entre os factores apontados pela bibliografia, as secas, referidas por Carreira (1983: 35), continuam a exercer o impulso preponderante para o prosseguimento do êxodo rural no arquipélago, não deixando também de influenciar as decisões das pessoas no sentido da emigração, Monteiro (1997: 136).

2.3.3. Estrutura demográfica

Ilustramos de seguida alguns aspectos da estrutura demográfica de Cabo Verde, nos seus traços gerais, através das pirâmides das idades²⁹ referentes à população residente no país, entre 1970 e 1990.

²⁹ Citando Croze, um dos especialistas em demografia africana, Gendreau (1993: 170) escreveu que a estrutura etária da população de um país num determinado momento depende do número de nascimentos e de óbitos durante os 100 anos que precedem a data da observação, bem como os movimentos migratórios durante esse período. Mas a evolução demográfica, refere o autor, durante estes 100 anos, depende igualmente da estrutura etária em cada momento do período, estrutura que é influenciada por acontecimentos anteriores a esse período de 100 anos. A pirâmide de idades reflecte, assim, a história demográfica do país durante um período muito longo.

Figura III. Pirâmides de idades em Cabo Verde relativas a 1970 (à esquerda) e 1990 (à direita)



Fonte: Biaye, (1994: 27)

A análise destas pirâmides indica que o movimento geral da população mostra uma base muito larga³⁰, o que demonstra uma grande fecundidade. Entre os 15 e os 44 anos e, particularmente, em 1980 (não figurado no quadro anterior), a forma da pirâmide traduz a influência do movimento da emigração que afecta mais os homens. A década de 70 conheceu uma forte emigração (do sexo masculino)³¹ muito atenuada entre 1980 e 1990, refere a documentação consultada. O estrangulamento da pirâmide entre os 20 e 30 anos em 1970, entre 30 e 40 anos em 1980, e entre 40 e 50 anos em 1990, resulta das fomes de 1940-42 e 1947-1948, que dizimaram um total de 45000 pessoas³².

Resta-nos destacar um aspecto curioso na análise das duas pirâmides de idades acima indicadas: a relação entre o comportamento da população Cabo-verdiana e os diversos indicadores de desenvolvimento. Neste particular merece especial referência o peso do perfil da educação da mulher e suas implicações na fecundidade. Do mesmo modo, as condições sanitárias do país, como mais à frente veremos, e o estado geral de saúde da população, traduzem-se na tendência da estrutura geral da mortalidade a concentrar-se em idades mais avançadas.

³⁰ Esta é normalmente a característica da estrutura da população dos países em vias de desenvolvimento, contrastando com a dos países desenvolvidos, traduzido pelo exemplo português dado a conhecer por Rosa, (1996: 1183,) ao reflectir sobre o envelhecimento da população lusa.

³¹ Conforme sublinha Monteiro (1997) na sua obra sobre a comunidade Cabo-verdiana emigrada.

³² Ao referir às crises que originaram a situação vivida pelas populações das ilhas no ano de 1949, escreve Carreira (1984) que as mesmas foram declaradas no início da década pela portaria n.º 2280 de 19 de Abril de 1994, B.O. n.º 16.

Na mesma medida, o crescimento do PIB, a estabilização das taxas de inflação, a urbanização e outros indicadores económicos e sociais do país, a que já nos referimos e que voltaremos a examinar logo de seguida, mas agora através da confrontação com as respectivas estratégias de população e desenvolvimento aplicadas ao longo dos anos, mostram as implicações da relação referida. Como é óbvio, essa interacção só tem consistência de causa e efeito nos esquemas clássicos. Tal como escreveu Roger (1985: 42), a evolução da população cabo-verdiana, ao longo da sua história, tem um comportamento sócio-demográfico original, estando no passado, como vimos anteriormente, intimamente ligada às sequelas das secas, fomes e migrações maciças.

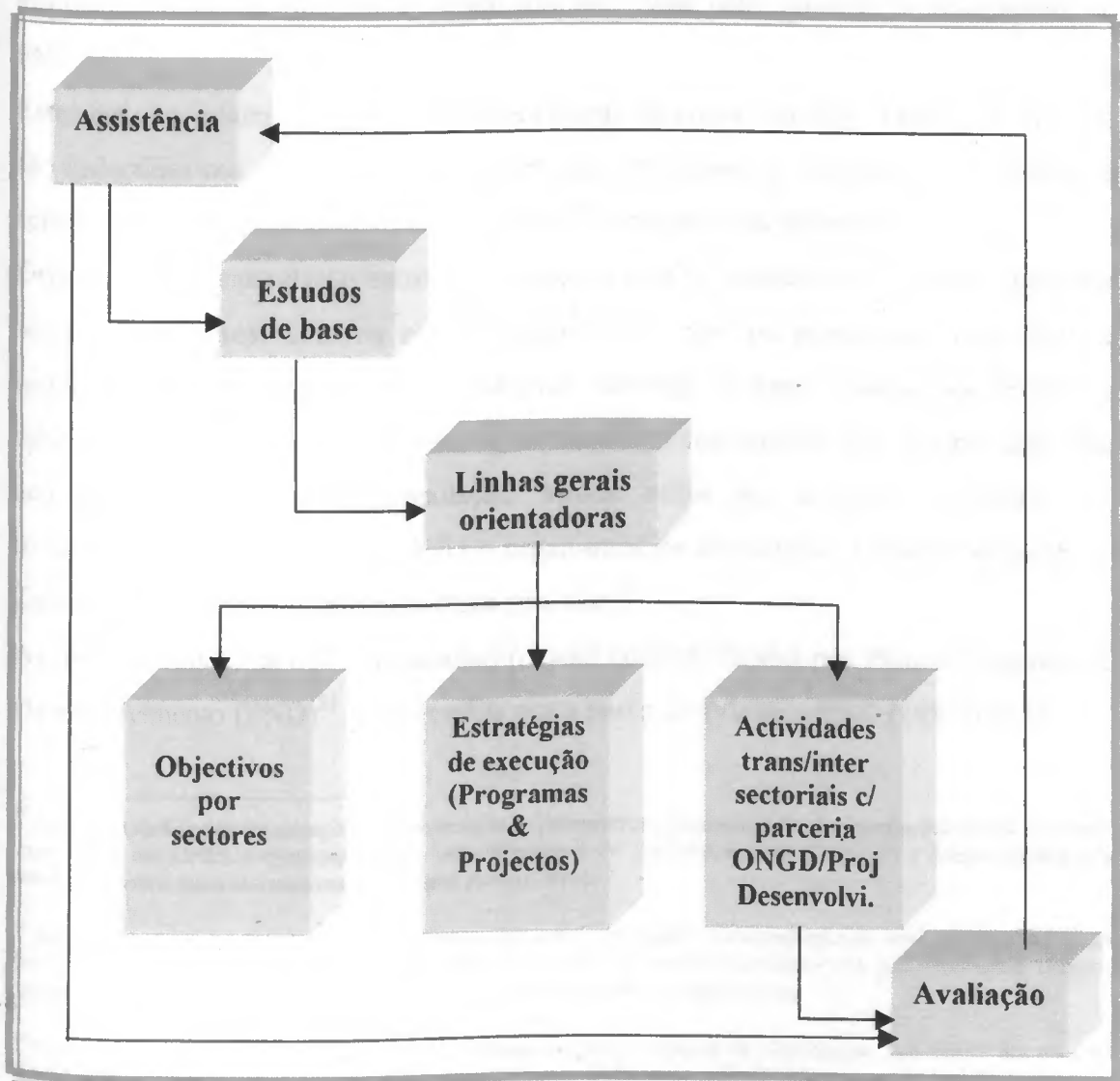
CAPÍTULO III

ENQUADRAMENTO ESTRATÉGICO DAS QUESTÕES DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO EM CABO VERDE

1. Política de população e desenvolvimento: características gerais

Os aspectos relativos às políticas nacionais em matéria de população e desenvolvimento encontram-se devidamente documentados num vasto acervo bibliográfico por nós consultado ao longo das pesquisas. O mesmo permitiu-nos constatar que, em termos conceptuais, as políticas estão expressas segundo a figura IV que se segue.

Figura IV. Esquema Conceptual da Política Nacional de População (PNP)



Fonte: Documentos orientadores, da PNP: esquema concebido pelo autor

Ao longo das pesquisas, identificámos um vasto conjunto de documentos onde estão presentes orientações estratégicas, com indicação de medidas institucionais, programas e projectos, bem como os objectivos e metas a atingir em períodos sucessivos. Essas orientações referem-se aos vários domínios com incidência directa na vida e no progresso das populações em Cabo Verde (Governo de Cabo Verde 1981-1985: 43) e configuram o esquema conceptual acima apresentado.

O mesmo esquema evidencia um ciclo, onde a assistência financeira e técnica, quer disponibilizada pelo governo, quer fornecida pelas instituições internacionais, possibilita estudos de base sobre os diversos aspectos da política de população que atravessam os diferentes sectores do desenvolvimento. Apresentamos aqui, a título de exemplo, os estudos de longo prazo sobre a estratégia de desenvolvimento elaborados pela Secretaria de Estado da Cooperação e Planeamento em 1979 e o Relatório sobre População e Desenvolvimento, produzido em 1994 pelo governo e com apoio do FNUAP.

Estes estudos influenciam as linhas orientadoras da política global. Estas, por sua vez, são reflectidas nos objectivos por sectores, nas estratégias de execução e nas diferentes actividades onde aparece a parceria das ONG³³ e projectos de desenvolvimento.

Existe também uma relação entre as orientações para a política de população figuradas nesses documentos, com os actos posteriores ou que os antecedem. Este facto é testemunhado pela realização de seminários, “ateliers” e outras realizações, levados a cabo por iniciativa do departamento governamental responsável pela coordenação das actividades em matéria de população. Muitas vezes são apoiados financeira e/ou tecnicamente por agências da ONU e organismos de cooperação bilateral sediadas em Cabo Verde e vocacionadas para esses assuntos.³⁴

As linhas gerais da política de população estão também fixadas nos Planos Nacionais de Desenvolvimento (PND)³⁵. Verificamos que a partir do Primeiro PND (1982/1985),

³³ As actividades destas organizações vão no sentido de promoverem projectos junto das populações locais, de acordo com o guia das ONGD-Organizações Não Governamentais de Desenvolvimento (1997: 7) e demais bibliografia consultada sobre esses assuntos nomeadamente Alves (1996).

³⁴ Referimo-nos, especialmente, aos I e II Seminários sobre população e desenvolvimento realizados no país pelos serviços de planeamento e com apoio do FNUAP, missões de acompanhamento dos projectos nesse domínio realizados por essa organização das Nações Unidas, e publicações correspondentes.

³⁵ Após a independência nacional, Cabo Verde institucionalizou o sistema de planificação nos inícios dos anos 80. Não obstante a crise mundial das economias planificadas e as alterações político institucionais ocorridas nos inícios dos anos 90 no país, manteve-se esse sistema, considerado como não negligenciável na gestão do progresso dum país a iniciar o seu processo de desenvolvimento.

esboçou-se o que deveria ser a política nacional de população nos diferentes sectores. O II PND (1986/1990) retomou as mesmas problemáticas, reconheceu as insuficiências verificadas na operacionalização dos objectivos traçados, sobretudo ao nível da coordenação intersectorial³⁶ e recomendou medidas para ultrapassar os obstáculos.

O III PND (1992/1995) introduziu a noção do desenvolvimento humano, conceito aprofundado ainda mais no PND subsequente, sobre a qual se entendia desejável uma política de população não restringida apenas a mera integração de variáveis demográficas na planificação, mas que previa uma política de população alargada e integrada PND (1997/2000: 208).

Todas as considerações acerca da necessidade de integrar as questões de população nas estratégias de desenvolvimento levaram as autoridades a tomar consciência da necessidade de se elaborar uma política nacional de população, cujo objectivo geral é: criar as condições fundamentais para garantir um equilíbrio entre o crescimento demográfico e o desenvolvimento económico do país e, assim, melhorar progressivamente as condições de vida das populações.

De salientar que a estratégia de população implementada pelas autoridades cabo-verdianas é comparticipada com a actuação das instituições internacionais viradas para as matérias em referência, e com as acções das ONGD³⁷

Vejamos, de seguida, como é que a política de população em Cabo Verde tem influenciado os sectores de maior relevância na criação de condições básicas para o desenvolvimento sustentado, que visam dar resposta aos desafios do rápido crescimento demográfico ocorrido nos últimos anos.

2. Políticas sectoriais

Neste ponto incidiremos a nossa atenção naqueles sectores cuja relação com população e desenvolvimento é marcadamente acentuada.

³⁶ É de se supor que, as insuficiências detectadas na coordenação intersectorial estejam relacionadas com a complexidade das abordagens transversais sobre os problemas de população e desenvolvimento, questão levantada pelo Professor Adelino Torres na introdução à sua obra: Horizontes do desenvolvimento Africano. Para esse estudioso das questões africanas, a interdisciplinaridade é uma das características fortes da economia do desenvolvimento, ao mesmo tempo que, justamente, constitui uma das maiores dificuldades conceptuais e empíricas.

³⁷ Destacamos o papel das ONGDs nacionais: Organização das Mulheres de Cabo Verde (OM-CV), Associação Cabo-verdiana para a Protecção da Família (VerdeFam) e a Associação de Apoio à Autopromoção da Mulher (MORABI), cujas actividades em prol da emancipação e integração efectiva da mulher na sociedade incidem sobre: saúde sexual e reprodutiva, planeamento familiar, higiene pessoal e do meio, educação e formação, concessão de crédito e apoio técnico para actividades geradoras de rendimento, assistência jurídica etc.

2.1. Educação



A Política Nacional de Educação, tal como refere Biaye (1995: 76), inspira-se nas recomendações saídas da Conferência Mundial de Educação para Todos e é retomada em vários documentos oficiais, entre os quais se destaca o II PND.

Para responder às necessidades do mundo actual, a educação para todos, entendida como educação de base, é definida como sendo: gratuita e obrigatória. Deverá dotar os indivíduos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores susceptíveis de lhes permitir resolver os principais problemas relativos à sua subsistência e à sua afirmação como cidadão parte integrante da sociedade (UNICEF, 1993: 204).

Em relação a outros níveis, nomeadamente o ensino secundário técnico e superior, as políticas definidas estão expressas designadamente no III PND (Volume II:154). Apresentamos aqui, a título de exemplo deste facto, uma série longa de anos que ilustra o resultado da política de população ao nível do Ensino Básico, no quadro a seguir indicado.

Quadro 10. Impacto das políticas na evolução do subsistema de Ensino Básico entre 1980 e 1998

Anos lectivos	Alunos	Salas	Turmas	Professores
1980-81	57584	744	1750	1645
1981-82	55752	754	1514	1550
1982-83	54958	753	1494	1541
1983-84	55195	766	1521	1581
1984-85	56676	809	1594	1612
1985-86	58064	813	1658	1654
1986-87	60222	815	1694	1750
1987-88	62252	824	1720	1599
1988-89	65779	953	1983	2091
1989-90	67750	1092	1701	1596
1990-91	69823	1156	1807	1724
1991-92	72301	1182	2115	1838
1992-93	73526	1231	2351	2380
1993-94	78173	1404	2506	2641
1994-95	83946	1465	2730	2762
1995-96	87069	1615	2931	2948
1996-97	88668	1647	3122	3119
1997-98	91777	1702	3215	3219

Fonte : Estatísticas avulsas fornecidas pelo Gabinete de Estudos e Desenvolvimento do Sistema Educativo (GEDS), tal como se pode constatar no anexo III

O quadro 10 acima apresentado mostra que, entre 1980 e 1998, os efectivos no Ensino Básico passaram de 57584 para 91777 alunos. Essa tendência evolutiva tem também expressão bastante acentuada no ensino secundário e corresponde, de acordo com dados

provisórios do Censo 2000, recolhidos junto INE-Cabo Verde, à taxa de escolarização que atinge 88,2% no ensino básico participando nessa fasquia, os sexos masculino e feminino com 87,9 e 88,6% respectivamente, e, no ensino secundário rondando os 53.2%, estando distribuídas para o sexo masculino 51,9 e para o sexo feminino 54,5%. Nesse nível de ensino a taxa de escolarização era estimada no ano de 1993 em 28,4% Ministério da Educação e do Desporto (1995: 11). Esse desenvolvimento foi acompanhado pela construção de infra-estruturas escolares (salas de aula), que se aumentaram numa proporção ainda maior, no caso concreto do ensino básico, já que passaram de 744 para 1702 no período entre 1980 e 1998. Notamos ainda neste quadro que, na década de 90, acelerou-se o ritmo de construções escolares, como consequência da implementação da reforma do sistema educativo, iniciada nos anos 80 sublinha a fonte atrás referida. O rácio alunos por turma nos últimos anos tende a diminuir, enquanto que o número de docentes aumenta rapidamente, partindo de 1645 em 1980, para atingir 3219 em 1998. Mas o maior impacto da reforma deu-se na cobertura deste nível de ensino, que passou de quatro para seis anos obrigatórios, a partir do ano lectivo de 1993/94, tal como refere a fonte atrás citada.

As políticas adoptadas têm repercussão ao nível do ensino secundário, testemunhada pelos indicadores apresentados a esse nível.

No que se refere à alfabetização de adultos, as suas actividades proporcionaram até 1990 a redução da taxa do analfabetismo para cerca de 37%, tendo partido duma taxa de 61,3% em 1975³⁸. Conforme um artigo publicado recentemente num semanário local, em 2000 a taxa do analfabetismo baixou ainda mais atingindo os 25%. A maior parte dessa taxa de iletrismo incide mais nas mulheres - 32,5%, que nos homens - 16,5%, (INE 2001: 20).

Há a destacar que, tal como aconteceu com o ensino básico formal, a reforma do sistema educativo influenciou a estruturação do subsistema de educação de adultos, ao estender o plano curricular de quatro para seis anos.

É evidente que os elevados níveis de educação quer no ensino básico, quer no ensino secundário e as taxas de alfabetização de adultos, apresentados anteriormente, explicam de certo modo, mas não de forma determinante, os padrões de fecundidade alcançados em Cabo Verde, sobretudo se tivermos em conta a escolarização da camada feminina.

³⁸ Ver Relatório do Desenvolvimento Humano de Cabo Verde (1998: 27)

Analisaremos, de seguida, o impacto da política de população no sector da saúde e na sua estrutura de cuidados básicos.

2.2. Saúde

Neste domínio, as políticas levadas a cabo pelo Estado, através da sua intervenção nos serviços públicos de saúde, têm favorecido a garantia dos cuidados de base independentemente dos rendimentos de cada elemento da sociedade.

Assim, na esteira das orientações emanadas no programa de governo para o período 1986-1990, foram formulados vários objectivos, que em última instância visavam a continuação da melhoria dos indicadores de saúde. Para o efeito, foram previstas, entre outras medidas, a revisão da legislação sobre saúde, a intensificação dos programas dos cuidados primários de saúde (é em parte neste contexto que se insere o PMI-PF) e o prosseguimento do programa de infra-estruturas de saúde, Governo de Cabo Verde (1986:55).

Na sequência dos pressupostos desse Programa de Governo, publica-se em 1989 a Lei que define as bases de saúde, sobre a qual nos referiremos no ponto 3 deste capítulo.

Dando seguimento às medidas previstas nos programas de governo, um conjunto de infra-estruturas de saúde vão surgindo nos anos seguintes, em acréscimo às que já existiam pelas diferentes ilhas, conforme mostra o quadro 11 adiante apresentado³⁹.

Quadro 11. Infra-estruturas sanitárias existentes em Cabo Verde nos finais da década de 90

Infra-estruturas	HC	HR	PMI/PF	CS	PS	USB
Total	2	3	5	18	21	91

Fonte: PNUD 2000: 78

HC-Hospital Central, HR Hosp. Regional, CS-Centro de Saúde, PS-Posto Sanitário, USB-Unidade Sanitária de Base Os dados relativos ao PMI/PF referem-se aos centros de saúde materna infantil existentes nos hospitais centrais e regionais. Existem contudo unidades em todos os Centros de Saúde.

As fontes a que tivemos acesso referem-se, também, a um conjunto de indicadores de cobertura nacional de saúde, que testemunham ao longo duma série de anos a estratégia definida a esse nível, como podemos verificar no quadro 12 que se segue.

³⁹ Para uma possível comparação, convém salientar que, antes de 1980, só existiam no país dois hospitais, muitos dos centros de saúde não tinham médicos residentes e as Unidades Sanitárias de Base não tinham a proliferação que vão tendo com o decorrer dos anos.

Quadro 12. Indicadores de Cobertura em Cabo Verde entre 1990 e 1997

Mortalidade	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Mort. Geral/1000 Hab	7.3	6.5	8.0	7.8	7.3	9.1	6.8	7.4
Mortalidade infantil/1000 NV	44.0	35.3	53.7	52.1	44.6	45.1	35.5	42.0
Mortalidade Materna/100.000NV		120.0	50.9	50.0	70.1	55.4	41.2	27.5

Fonte: GEP – Ministério da Saúde conjugado com dados do PNUD, (1998: 19).

A análise deste quadro revela-nos uma variação na mortalidade geral que apresenta poucas flutuações, o que evidencia alguma eficácia da cobertura de saúde, se levarmos em conta os relativos baixos índices de mortalidade geral. A mesma leitura pode ser feita aos outros dois indicadores presentes no quadro em referência.

Um outro registo dos níveis de saúde existentes em Cabo Verde refere-se ao indicador de recursos, cujo quadro síntese de uma série de oito anos, a seguir indicado, nos mostra a evolução dos rácios médicos e enfermeiros por habitantes.

Quadro 13. Evolução de alguns indicadores de recursos.

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Cama por habitante		1/629	1/498	1/468	1/490	1/415	1/568	1/569
Médicos por Habitante	1/3460	1/3500	1/3290	1/3023	1/2794	1/2794	1/2541	1/2603
Enfermeiros por habitan	1/1713	1/1758	1/1595	1/1728	1/1710	1/1710	1/1452	1/1520
Razão médico/habitante	2.0	2.0	2.1	1.8	1.6	1.6	1.8	1.7

Fonte: GEP - Ministério da saúde Estatística fornecida em folha avulsa, cujo exemplo é o anexo IV, conjugado com sub- anexos IVa e IVa

A interpretação deste quadro espelha, relativamente à evolução do número de médicos por habitantes, uma tendência de aumento a partir de 1994, e com sinal de decréscimo em 1999. Mostra tendência idêntica o rácio cama por habitante. Mas o crescimento do número de enfermeiros já sofre flutuações mais frequentes, embora pouco significativas. A razão médico/enfermeiro é uma variável que, depois de se comportar de forma constante nos anos de 1992 e 1993, baixou, e só a partir de 1998 deu sinais de melhoria.

2.3 Outros sectores relevantes na política de população

Referindo-se, em primeiro lugar, à relação entre a política e os índices de pobreza no país, salientamos, antes de mais, que a pobreza em Cabo Verde é actualmente de

natureza estrutural, por oposição à pobreza causada por choques temporários. Como vimos anteriormente, no passado as taxas elevadas de mortalidade, as fomes e a emigração desempenharam o papel regulador, a fim de que a população se adaptasse aos recursos locais. Face à situação dos últimos anos, caracterizada pelo rápido crescimento da população, o Banco Mundial realizou um estudo⁴⁰ sobre a pobreza em Cabo Verde em 1993, cujos resultados figuram no quadro abaixo:

Quadro 14. Situação da pobreza em Cabo Verde em 1993

	n.º total de pessoas inquiridas	% de pobres	% de muito pobres
Meio Urbano	4337	17,2	7,4
Meio Semi-urbano	479	19,4	6,1
Meio Rural	3852	46,1	22,5
Cabo Verde	8668	30,2	14,1

Fonte: World Bank, (1993: 55)

Com base nesse estudo, em meados da década de 90, 30% da população do país era considerada pobre, e, desses, 14% avaliada como muito pobre. Reconhecendo as alterações em relação ao passado, a pressão demográfica sobre os recursos tinha já levado as autoridades locais a adoptarem uma política no âmbito da luta contra a pobreza desde a década anterior. Foi criado um Fundo de Desenvolvimento Nacional (FDN), com o objectivo de reorientar a ajuda alimentar. O mesmo vem canalizando essa ajuda aos mais desfavorecidos através de projectos públicos conhecidos pela sigla FAIMO – Frentes de Alta Intensidade de Mão de Obra. Os projectos resultantes dessa política têm contribuído para aliviar a situação decorrente da falta de recursos da franja da população reconhecida como pobre e muito pobre no estudo do Banco Mundial atrás mencionado.

Com relação à promoção social, a política definida neste contexto, decorrente da acção preventiva enfatizada no Programa do I governo da II república, põe acentuação nas formas anteriormente consagradas de prestações aos cidadãos vulneráveis, cuja concretização se traduz nos programas de apoio aos idosos e deficientes, crianças e jovens (realçados no Programa de governo 1986-1990: 55), conforme quadro seguinte:

⁴⁰ Os dados sobre o rendimento das famílias foram calculados através do valor global das despesas familiares, tendo em conta que a poupança interna em Cabo Verde parece fraca. A média das despesas anuais por pessoa era na altura de 38.400ECV (cerca de 494 \$US). O salário de um trabalhador não qualificado nas Frentes de Alta Intensidade Mão de Obra (FAIMO) era aproximadamente de 9000 ECV (cerca de 117 \$US) por ano.

Quadro 15. Beneficiários no âmbito do projecto de apoio aos vulneráveis em 1995

	Idosos	Famílias*	Crianças mal nutridas	Crianças nos jardins infantis	Jovens
Total	7029	3391	8609	10941	650

*Os apoios destinados a essas 3391 famílias cobriram um total de 16955 pessoas.

Fonte: Ministério da Saúde e Promoção Social citado pelo PNUD (1998:40)

O esquema mínimo de protecção social com base nos apoios aos grupos vulneráveis⁴¹ é, de acordo com as medidas propostas, também extensivo a outros indivíduos que, mercê de razões de ordem ética, cultural ou moral, se encontrem em situações de risco, de disfunção ou marginalização social Programa do Governo da II República (1991:179).

Relativamente aos aspectos ambientais, as políticas públicas têm a sua maior expressão no Plano Nacional para o Ambiente (PANA), mas estão igualmente devidamente enquadradas quer no III Plano Nacional de Desenvolvimento 1992-1995, quer nas grandes opções do Plano 1997-2000.

Assim, ao consultarmos toda a documentação disponível, verificamos que até finais da década de 90 a questão ambiental era, em termos institucionais, gerida por um ministério, tendo sido criado, de acordo com o PNUD (1998: 65), um secretariado executivo para a sua coordenação,

Para o prosseguimento do desenvolvimento sustentável, foram eleitos desafios que representam alguns dos eixos da estratégia de desenvolvimento, direccionados para: a utilização racional dos recursos hídricos; a promoção da auto-suficiência energética; a gestão racional das espécies e dos ecossistemas; a promoção da saúde ambiental; o desenvolvimento industrial com a preocupação de proteger o ambiente; a sensibilização, informação e formação das populações nos domínios relativos ao ambiente, entre outras apostas. O quadro 16 a seguir indicado espelha a situação resultante da implementação de algumas das orientações da política ambiental em Cabo Verde.

⁴¹ Este esquema de protecção social é garantido graças à ajuda alimentar recebida por Cabo Verde no quadro da APD.

Quadro 16. Situação resultante da implementação de algumas das orientações para a política ambiental

	Superfície reflorestada/1999	Solos retidos pelas infra- estruturas de conservação de solo/água até 1989	Taxa de penetração de parques ecológicos em 1997
Total	80310 ha	35.900,3 ha	9,6%

Fonte: PNUD), reflorestação e aspectos energéticos: (1998:72 – 87) e Sabino, solos retidos pelas infra-estruturas de conservação de solo e água (1998 : 8)

Com relação aos dados constantes do quadro acima, relativos à reflorestação, convém salientar que o sucesso desse processo pode ser aquilatado, não apenas pela área coberta (passou de 3000 ha em 1975 para cerca de 80 000 em 1998), segundo a fonte atrás citada, mas também pela variedade de plantas introduzidas, que contribuíram para uma modificação substancial da paisagem cabo-verdiana.

Resta finalmente salientar que, por influência das políticas implementadas ao nível de escolaridade básica, a educação não só serve como veículo de transmissão de novos valores, como também amplia a capacidade do indivíduo em tomar consciência da sua realidade e assim agir mudando-a e adaptando-a às suas necessidades e aspirações, e exercendo influência no controlo demográfico⁴². Da mesma forma têm efeito regulador da dinâmica de população as estratégias ambientais e, entre outras, como é o caso da política de saúde, onde, por sinal, os indicadores parecem satisfatórios, por causa dos progressos ao nível da medicina preventiva, exactamente onde actua o PMI-PF, base deste estudo.

3. Quadro legislativo em matéria de população e desenvolvimento

A análise do contexto legislativo cabo-verdiano em matéria de população e desenvolvimento visa, essencialmente, mostrar em que medida as opções estratégicas neste domínio estão reflectidas na ordem jurídica nacional. Referimo-nos concretamente à constituição da república, ao código de família, à lei de bases de saúde, à legislação em matéria de segurança social e à lei de bases do sistema educativo.

3.1 – Os pressupostos da lei fundamental

⁴² DGAEA - Direcção Geral de Alfabetização e Educação de Adultos (1998: 4 – 6).

Passando um olhar sobre as referências constantes na Constituição da República relativas às matérias atrás referidas, pudemos constatar a consagração do entendimento de acordo com o qual a saúde pública visa promover o bem estar físico e mental das populações, bem como a sua inserção harmoniosa no meio sócio-económico onde vivem. Por isso, entre outras referências, no ponto 2 do artigo 70º prevê-se que o direito à saúde seja realizado através de uma rede adequada de serviços de saúde e pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que promovam e facilitem a melhoria de qualidade de vida das populações (Constituição da República, 1999: 43). Deste modo, assegura-se na lei fundamental a todos os cidadãos o direito à protecção da saúde e o dever de promovê-la e defendê-la.

No que concerne à educação, a lei fundamental estabelece que visa a formação integral do homem. “Ela deverá ligar-se estreitamente à produção e favorecer a aquisição de qualificações, conhecimentos e valores, permitindo ao cidadão inserir-se na comunidade e contribuir para o seu progresso contínuo”⁴³. Prevê ainda a Constituição, neste domínio, a erradicação do analfabetismo como tarefa fundamental.

No que tange à família e a outros aspectos da vida social das populações, a Lei-Mãe estipula que o Estado reconhece a célula da sociedade e assegura a sua protecção. Assim, deixa claro que as crianças são iguais perante a lei⁴⁴, independentemente do estado civil dos pais; a infância, a juventude e a maternidade devem ser protegidas pela sociedade e pelo Estado⁴⁵. A Constituição estabelece igualmente o princípio da igualdade entre o homem e a mulher nos planos da vida política, económica, social e cultural, e entre os cabo-verdianos emigrados e residentes, garantindo a protecção aos emigrantes.

Na esfera da segurança social e do trabalho está previsto ainda, na Lei Fundamental, o direito à protecção, à segurança e à higiene no trabalho, que ao mesmo tempo atribui ao Estado a tarefa de criar gradualmente um sistema susceptível de garantir ao trabalhador a segurança social na velhice, na doença, ou em caso de incapacidade de trabalho.

⁴³ Ver a Constituição da República aprovada pela Assembleia Nacional em 1992:29-36 e a versão mais recente, revista em 1999.

⁴⁴ Situação também salvaguarda no código de menores, conforme brochura editada pelo Instituto Cabo-verdiano de Menores (ICM).

⁴⁵ Em relação à maternidade, são consagrados no guia dos direitos da mulher Cabo-verdiana (2000: 74) direitos relativos a licença de maternidade, dispensa para consulta e amamentação e faltas para assistência à família.

3.2 – O Código de família e os objectivos demográficos

A preocupação de se adequar a legislação sobre a família, visando atingir os objectivos da política de população, está presente no código de família, aprovado pelo decreto-lei nº58/81 de 20 de Junho. Esse dispositivo jurídico proíbe claramente a poligamia, ao definir o casamento como uma união voluntária entre um homem e uma mulher nos termos da lei, tendo em vista uma vida em comum.

Para assegurar a estabilidade da família, a legislação em referência atribui à “união de facto”⁴⁶ estatuto igual ao casamento, desde que o casal já tenha uma vivência em comum há pelo menos três anos. O Código de Família reforça os princípios já consagrados na Constituição em matéria de protecção dos filhos perante a lei, protecção da infância, da maternidade e de pessoas desfavorecidas.

3.3 – Legislação em matéria de saúde pública

No essencial, em relação à prossecução dos objectivos que levem em conta a estratégia de população e desenvolvimento, apresentamos aqui o que está previsto na lei n.º 62/III/89 de 30 de Dezembro, ou lei de bases de saúde.⁴⁷

Essa lei estabelece as bases da saúde, entendida esta como sendo o estado de bem estar físico, mental e social, e afirma que o Estado reconhece a interdependência entre o nível de saúde e o estado de desenvolvimento económico e social, e a natureza intersectorial das responsabilidades para a elevação do nível sanitário da população.

Refere igualmente essa lei que incumbe ao Estado um conjunto de atribuições para assegurar plenamente o direito à saúde, que vão desde a organização de um serviço nacional aos aspectos regulamentares relativos à qualidade da prestação dos cuidados de saúde. Este serviço abarca dentro do rol dos cuidados primários e diferenciados de saúde as actividades de saúde materno - infantil e planeamento familiar (lei de bases de saúde 1989:20).

Um aspecto a destacar neste dispositivo jurídico é o facto de assegurar claramente o direito à saúde a todos os cidadãos, independentemente da sua condição sócio-económica.

⁴⁶ Figurino enquadrado na lei, que reconhece a união entre homem e mulher, pela vontade própria, sem que se tenha celebrado o casamento religioso ou civil.

⁴⁷ Publicado no BO de Cabo Verde n.º53/89 de 30/12/1989.

3.4 - Legislação no domínio da segurança e protecção social

Nesta matéria, a lei atribui à unidade orgânica que faz a gestão dos assuntos sociais nos diferentes governos a responsabilidade de execução da política de promoção e protecção sociais e, nomeadamente, a coordenação das intervenções no sector da protecção social das camadas economicamente mais desfavorecidas (Decreto lei n.º 89/87 de 22 de Outubro).

De acordo com Fontes e Lopes (1992: 43), ultimamente as prestações de saúde são asseguradas através dos esquemas da previdência social (Decreto lei n.º 114/82 de 24 de Setembro) e da Função Pública.

Entre as várias formas de assistência, o primeiro esquema de protecção social garante a assistência medicamentosa, abonos familiares para a maternidade e aleitamento, para assegurar as despesas de funeral, prestações em caso de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, pensões de invalidez e de sobrevivência.

O esquema da função pública é muito menos completo que o da previdência social e encontra-se disperso em muitos diplomas – sustentam as autoras atrás referidas. Contém, fundamentalmente, abono familiar, assistência médica, protecção à maternidade, pensão de reforma e de invalidez, abono de sobrevivência e subvenção durante seis meses por motivo de morte.

Resta, finalmente, sublinhar que o sistema nacional de previdência social não cobre os trabalhadores do mundo rural, os ligados às chamadas frentes de trabalhos públicos ou FAIMO, os profissionais ligados à pesca e empregadas domésticas, entre outras profissões.

3.5 - Lei de bases do Sistema Educativo

A lei n.º 103/III/90 de 29 de Dezembro define no seu artigo 5 os princípios fundamentais do sistema educativo, que visa a formação integral do indivíduo.

O papel da educação na estratégia de desenvolvimento do país e o objectivo de garantir, entre outros, o bem estar das populações estão consagrados na lei conforme o previsto nos artigos 7 e 8 do dispositivo jurídico acima referido, nos termos a seguir enunciados.

No primeiro dos artigos mencionados consagra-se que “o sistema educativo e suas estruturas devem estar estreitamente ligados aos diversos sectores da vida nacional e municipal, para que a educação possa cumprir eficazmente o papel que lhe cabe no

desenvolvimento económico e social do país”.

No outro artigo, está estabelecido que o processo educativo integra a formação teórica e prática, contribuindo assim, duma forma geral, para o desenvolvimento global e harmonioso do país e, em particular, para o desenvolvimento da economia, do bem estar das populações e realização pessoal do cidadão.

4 – Medidas Institucionais e orgânicas

Conforme Fontes e Lopes (1992: 43), nos inícios da década de 90, ao nível institucional e orgânico, a estratégia de população em Cabo Verde caracterizava-se pela existência de uma Divisão de População na orgânica do Ministério das Finanças e Planeamento, integrada na Direcção Geral do Plano. A documentação consultada permitiu-nos verificar, ainda, que foi institucionalizado um mecanismo de coordenação das políticas e programas importantes para a problemática demográfica. Os seminários sobre população e desenvolvimento, a que já nos referimos anteriormente, recomendaram sempre o reforço das capacidades institucionais e em recursos humanos para a coordenação das actividades em matéria de população.

Salientamos, ainda, que entre as instituições com actividades directamente relacionadas com a política de população figura o Ministério da Saúde, departamento do estado em cuja orgânica se encontra uma Direcção Geral onde estão inseridos os programas de cuidados de saúde primários, entre as quais o PMI-PF.

Em síntese, o que importa reter sobre a política de população em Cabo Verde é que os acontecimentos que influenciaram o crescimento demográfico no passado, tais como mortandades e migrações, já não estão dependentes de choques temporários como épocas de fome, resultantes da pobreza ou de períodos de seca. Hoje, esses fenómenos estão controladas pelas estratégias de desenvolvimento, definidas e tendo em vista a melhoria das condições de vida das populações.

Importa ressaltar igualmente que, não obstante as medidas atrás referidas, quer do ponto de vista das orientações políticas, quer na base da legislação, tal não significa que os problemas de população e desenvolvimento estejam resolvidos em Cabo Verde.

Muitos problemas continuam a afectar o país. Ao nível do acesso à água potável, infelizmente a situação não difere muito do que se passa na sua sub-região. A pobreza mantém-se numa escala relativamente grande. O problema das doenças contagiosas, ainda que em certos casos, como a cólera, se manifeste sazonalmente, continua a ser

uma ameaça para as populações. A estrutura dos cuidados básicos de saúde, tal como considera o Banco Mundial (1982: 26) ao analisar os alicerces económicos e sociais dos países subdesenvolvidos, carece ainda de muitos investimentos para atingir os níveis mundialmente aceites.

SEGUNDA PARTE
ABORDAGENS GLOBAIS SOBRE A
ORGANIZAÇÃO, FUNCIONAMENTO
E IMPACTOS DO PROGRAMA

CAPÍTULO IV

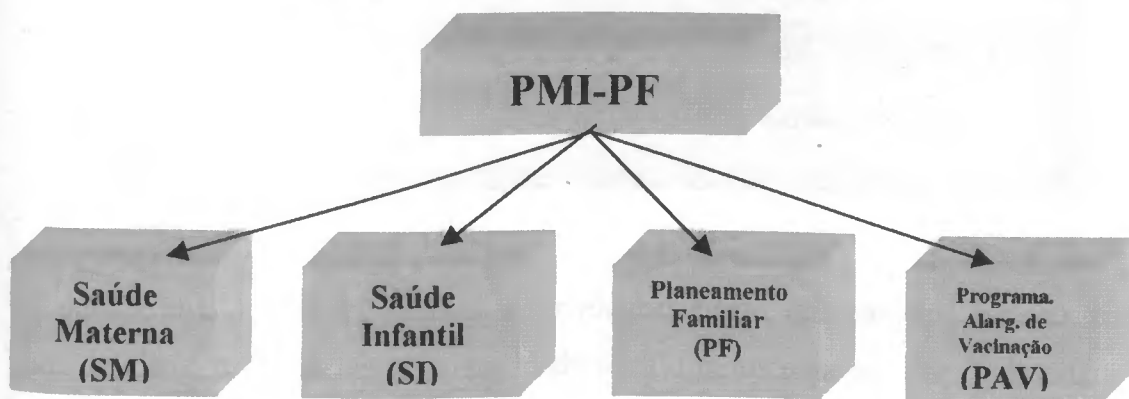
O PERCURSO HISTÓRICO DO PMI-PF

A perspectiva histórica sobre o PMI-PF que ora se apresenta justifica-se, fundamentalmente, pela necessidade de se apresentarem as diferentes etapas da sua evolução. Assim poderemos compreender melhor as transformações que tiveram lugar no seu percurso até à fase actual.

1. Caracterização genérica

Cabo Verde dispõe de um programa de saúde materna - infantil, intitulado Protecção Materna - Infantil e Planeamento Familiar (PMI-PF), reconhecido na lei n.º 62/III/89 de 30 de Dezembro, ou lei de bases de saúde, como parte integrante do esquema de prestação dos Cuidados Primários de Saúde⁴⁸, que cobre todo o país. O programa inclui várias componentes, como se pode ver na figura V seguidamente apresentada.

Figura V – Componentes do Programa



Fonte: Documentos do PMI-PF

Em linhas gerais, estas diferentes componentes têm, de acordo com a documentação consultada, as seguintes responsabilidades: a área de Saúde Materna (SM) ocupa-se dos controlos da mulher durante a gravidez e atendimento pós-parto; a vertente Saúde Infantil (SI) inclui imunização, controlo do peso, terapia de hidratação oral, informação sobre amamentação e outras formas de educação sanitária; através do Planeamento Familiar formulam-se recomendações sobre a utilização dos métodos contraceptivos e faz-se o seu fornecimento. Mais recentemente incorporou-se ao PMI-PF o Programa

⁴⁸ Publicado no BO de Cabo Verde n.º 53/89 de 30/12/1989.

Alargado de Vacinação (PAV). Este vem funcionando como se duma componente do PMI-PF se tratasse.

A figura VI, à frente indicada, destaca de forma evidente as actividades referidas, com relação às suas respectivas componentes.

Figura VI. Principais actividades das diferentes componentes do PMI-PF

Componentes e actividades		
PMI-PF	Saúde Materna (SM)	Controlos da mulher durante a gravidez
	Saúde Infantil	Imunização Controlo do peso da criança Terapia de hidratação oral Informação sobre amamentação
	Planeamento Familiar (PF)	Recomendações sobre a utilização dos métodos contraceptivos e seu fornecimento
	PAV	Vacinação de crianças dos 0 aos 5 anos

Fonte: Brolin e Larsson (1993: 15)

No público alvo do PMI-PF incluem-se, privilegiadamente, crianças dos zero aos cinco anos de idade, todas as mulheres em idade fértil e todos aqueles que necessitam de conselhos acerca da utilização dos métodos contraceptivos modernos.

A documentação consultada permite constatar que o PMI-PF, tal como designam este programa dois técnicos suecos mais à frente identificados, deu os seus primeiros passos na segunda metade dos anos 70, sob a forma de projecto. Contou, desde essa altura, com o apoio de organismos suecos vocacionados para a protecção da mãe e da criança, nomeadamente a Agência Sueca para o Desenvolvimento (ASDI) e a Federação Sueca de Socorro às Crianças (Radda Barnen). Esta última tem, desde os primeiros tempos, contribuído para a materialização dos objectivos do Programa, através de ajuda financeira e técnica, incluindo, durante muito tempo, parte dos custos de organização administrativa.

Por imperativos dos acordos sucessivamente assinados, paulatinamente o Programa foi sendo absorvido pelo Estado de Cabo Verde até à sua completa assunção.

2. Embrião do sistema

Razões ligadas à história da teoria da Cooperação Internacional (Afonso 1996, p.21-32) e à dinâmica da percepção dos conceitos de Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) influenciaram a denominação inicial daquilo que viria a ser o mecanismo de apoio sueco nas áreas em referência. Do mesmo modo, as mesmas razões, entre outras, estiveram na origem da transformação do Projecto em Programa.⁴⁹

Conforme os vários documentos a que tivemos acesso, o embrião do sistema PMI-PF hoje existente em Cabo Verde foi o Centro Materno Infantil da Bela Vista na ilha de São Vicente. Aí se iniciaram as primeiras actividades em Janeiro de 1976. Curiosamente, o impulso dado para a sua criação não partiu da iniciativa do Estado, mas sim de uma Comissão Regional Pró-organização das Mulheres.⁵⁰ Este facto prova que, na verdade, as mulheres sentiam na pele a necessidade de uma estrutura capaz de responder às suas expectativas em questões do foro pessoal, que, apesar de tudo, em muitas situações continuam a ser tabus nalgumas franjas da sociedade Cabo-verdiana.

3. Evolução: as duas grandes fases do Programa

A evolução do Sistema PMI-PF aqui esboçada é explicada através de duas grandes fases. Numa primeira em que recebeu um apoio consistente dos organismos suecos, e num segundo, com a responsabilização progressiva do Estado de Cabo Verde.

É evidente que os critérios para a demarcação de diferentes fases na evolução do Programa podem ser de natureza diversa. Aqui tomou-se como referência o momento da presença no terreno duma forte intervenção de técnicos estrangeiros, no quadro da

⁴⁹ No seu devido tempo e ainda neste capítulo, será analisada a pertinência da transformação ocorrida, tendo como quadro de referência a evolução das teorias de Cooperação Internacional.

⁵⁰ Tal como sublinha Brolin, envolveram-se nesse processo, técnicos da Saúde e Assuntos Sociais, bem como activistas da Organização das Mulheres de Cabo Verde (OM-CV). Três senhoras pertencentes a essa organização deslocaram ao norte da Europa, nessa fase de lançamento de ideias e de divulgação das suas iniciativas, junto de organismos suecos: Tinham como objectivo, nessa visita, divulgar a iniciativa e angariar fundos para o Instituto Cabo-verdiano de Solidariedade (ICS), bem como para, a obras de protecção infantil. Pela evolução posterior, vê-se que as organizações contactadas se disponibilizaram, para ajudar no desenvolvimento de projectos que visassem a melhoria das condições de vida das mulheres cabo-verdianas.

cooperação com a Suécia, e o período posterior à época dos grandes financiamentos internacionais.

3.1. A época duma forte intervenção de cooperantes estrangeiros no terreno

O primeiro momento decorreu entre 1976 e 1993. Este período caracterizou-se por sub-etapas. Estas estão intimamente ligadas aos acordos trienais assinados entre Cabo Verde e o seu principal parceiro, a Radda Barnen, Brolin e Larsson, (1993, p.4).

Tais etapas podem ser mais ou menos desta forma descritas: aos primeiros momentos de planeamento e preparação do projecto (1976-1977) seguiu-se o início de implementação num só centro, situado no bairro da Bela Vista na ilha de São Vicente, e expansão progressiva para todas as ilhas (1977-1981). Nesta última fase aproveitou-se a experiência já adquirida na promoção da saúde em São Vicente e as infra-estruturas já existentes nessa ilha.

Conforme ainda a documentação consultada, a expansão para as restantes partes do território nacional fez-se de forma progressiva, segundo um calendário que durou perto de cinco anos. Salientam igualmente a documentação consultada que, a ilha de Santiago acabou por ser a última contemplada, Dupret e Outras, (1994, p. 4).

Durante largos anos, referem as autoras, foi preponderante o apoio dos cooperantes suecos a trabalhar no terreno.

Nos momentos posteriores, após a consolidação do Projecto, o mesmo foi transformado num Programa Nacional, horizontal e integrado. Nessa altura (1987 – 1988 e anos seguintes) segundo a bibliografia atrás referida, introduziu-se o Programa Alargado de Vacinação (PAV).

O facto ocorrido, no que se refere à transformação operada no sistema, remete para aquilo que escreve Barros (1994, p.15), para quem, no processo de desenvolvimento, o desígnio expresso no plano sobre o qual se concretiza uma intenção ou várias intenções "deixa de ser projecto para passar a ser um novo agente".⁵¹

⁵¹ Na verdade, o Projecto PMI-PF transformou-se num novo agente. Mas essa alteração pode ser também explicada com base na tese de Afonso (1996, p. 31). Mostra esta investigadora que a filosofia de projectos avulsos, implementados com recurso aos esquemas de ajuda internacional existentes nos anos 70, e cujos benefícios atingiam apenas uma pequena franja da população, é substituída na década de 80 por uma nova visão. Esta, sublinha Afonso, está relacionada com o contexto internacional da cooperação vivido nesse período. Passa a haver uma maior abertura para o financiamento de Programas, nos quais já existe um elemento novo: a progressiva assunção dos custos por parte dos Estados receptores da ajuda. Aliás, nessa altura, o próprio conceito de desenvolvimento também é outro. Por essa nova perspectiva tem-se a noção de desenvolvimento sustentado, e essa sustentabilidade só é garantida com a inclusão desses desideratos nas atribuições dos poderes locais. É certamente mais neste contexto que se devem, seguramente, também enquadrar as alterações ocorridas por volta de 1983 no sistema PMI-PF.

No que se refere ao facto do programa se passar a desenvolver de forma horizontal e integrada, a Dra Alice Dupret, já citada anteriormente, escrevia em 1994 que (...)“ se começou a questionar a viabilidade de manter a mesma estratégia (concepção vertical) para o desenho do projecto, ou de se lançar numa perspectiva de integração de prestação de cuidados(...)” - supõe-se serem estas referências relativas ao esquema comum de funcionamento das estruturas de saúde. Realça essa técnica que a integração já se tinha iniciado, ainda que timidamente, nalgumas delegacias de saúde.⁵²

Segundo as autoras cabo-verdianas, nos últimos momentos da primeira fase, no período compreendido entre 1988 e 1993 ainda antes da retirada dos financiadores suecos, iniciou-se um processo de descentralização generalizada e de aprofundamento da integração.

Entrando num outro tipo de abordagem desta fase evolutiva do PMI-PF, verifica-se que a constatação do esquema de transformação operada no sistema é corroborada por Silves (1988, p. 12). Este autor defende que a teoria sistémica evidencia que qualquer sistema está sujeito a transformações e mudanças, provocadas quer por choques recebidos do exterior, quer por mutações que se operam no seu interior. Esta abordagem, pode dizer-se, está em sintonia com a analogia que se pode fazer, tendo como base a tese de Afonso⁵³.

Em síntese, pode dizer-se que o projecto inicial se desenvolve segundo uma sequência de etapas, configurando um ciclo em que o desenvolvimento dos primeiros momentos vai influenciar as etapas subsequentes, como se pode ver no anexo V, Fluxograma das fases de desenvolvimento do PMI-PF.

É notória a pertinência de ter sido feito um exercício retrospectivo, imposto pela necessidade de retroalimentação do sistema, mas nota-se ainda que a forma como têm lugar as transformações dá a ideia de que tem existido esse exercício de reavaliação do projecto inicial. Tal implica que terá havido uma análise do caminho percorrido e, em consequência, a mudança associada à filosofia que se tinha então de desenvolvimento.

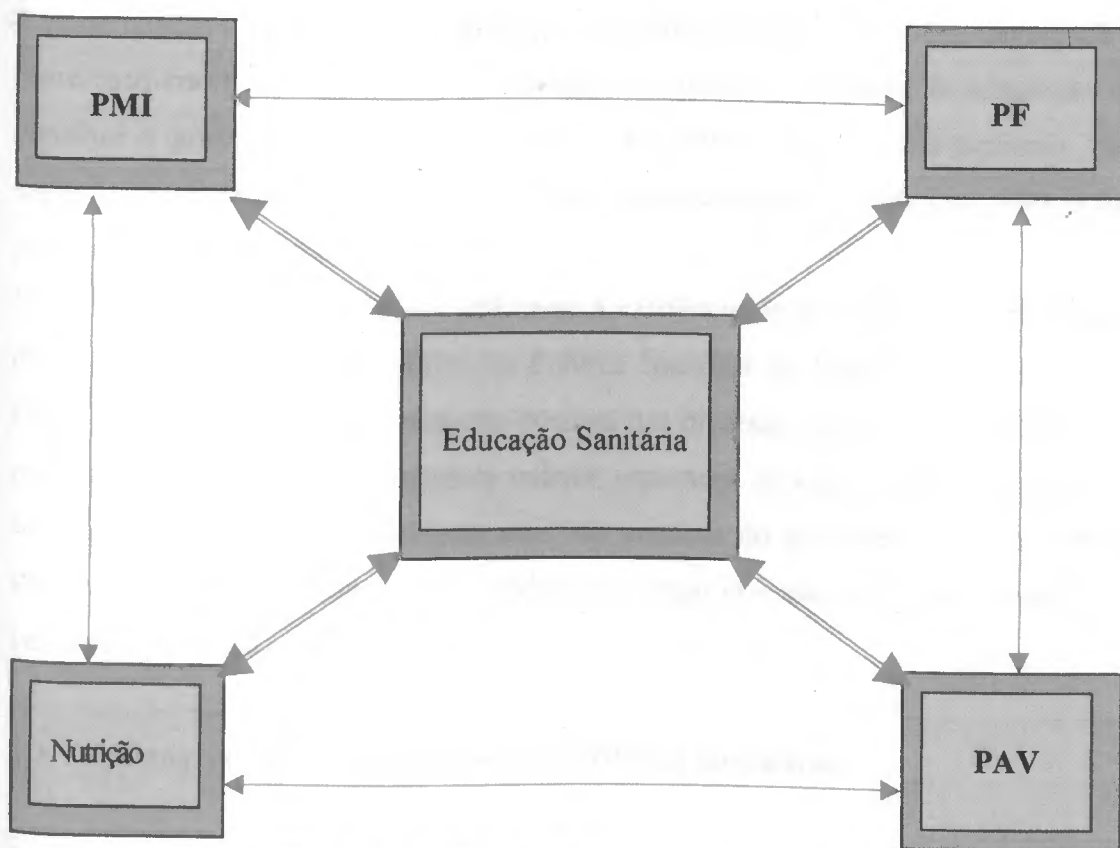
A figura em anexo, atrás referida, ilustra claramente a dinâmica da consolidação e processos sucessivos de complexificação do Programa nos primeiros anos. Revela,

⁵² Estas estruturas, na maior parte dos casos, confundem-se com Centros de Saúde, visto estarem simultaneamente, quase sempre, na dependência duma só pessoa - um médico. O realce que se quer dar aqui reside no facto de, desde há muito, todas as ilhas terem já, no mínimo, um Centro de Saúde.

⁵³ A este propósito remete-se para a relação estabelecida por essa autora entre a filosofia de programa e a teoria sistémica, e, assim se compreender as mudanças e transformações ocorridas no PMI-PF.

ainda, o sentido da expansão das suas actividades, a vertente interactiva das diferentes etapas e a ideia de ciclo. O processo de integração também ocorrido no interior do próprio PMI-PF não é totalmente perceptível no anexo V atrás mencionado, pelo que optámos por torná-lo mais visível na figura VII que se segue:

Figura VII. Esboço esquemático da estratégia de integração da prestação de cuidados do PMI-PF, iniciado dentro do próprio Projecto a partir de 1983-1984



Fonte: Dupret e Outras (1994) P. 6, concebido pelo autor

Convém ressaltar que este processo de integração, iniciado dentro do próprio programa, acompanha a sua inserção no grande sistema sanitário cabo-verdiano, como se pode observar no anexo VI (organograma do Ministério da Saúde).

3.2. A fase de assunção plena do PMI-PF pelo Estado

Esta fase de desenvolvimento do Programa é particularmente marcada pelo aprofundamento da sua integração no Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Esta realidade, que não é totalmente nova, vinha já sendo concretizada de forma progressiva, e é reconhecida juridicamente nas vésperas da saída dos doadores, conforme se pode constatar na lei n.º 62/III/89 (1989, p. 19-24)⁵⁴.

Ao estabelecer as bases gerais a que deve obedecer a intervenção sanitária, entre outros aspectos, na promoção da saúde através da prestação de cuidados primários e diferenciados, este dispositivo legal prevê a inserção da saúde materna-infantil e planeamento familiar no rol de precauções mencionadas.

É neste quadro e num outro mais amplo - o da interacção entre questões demográficas, neste caso concreto, e na busca de elevação dos padrões de saúde da população que constitui o grupo alvo do PMI-PF - que o programa trilhou o seu percurso, nesta segunda etapa da sua evolução. Curiosamente, a lei de bases da saúde, em 1989, já dava pistas para essa percepção.

Nessa referência mais abrangente admite-se a existência de uma instituição da natureza do PMI-PF como parte integrante da Política Nacional de População (INE, 1998)⁵⁵, cujos efeitos têm reflexos na evolução positiva das diversas variáveis demográficas. São os casos da fecundidade, mortalidade infantil, esperança de vida, morbilidade específica resultante das doenças, mortalidade etc.⁵⁶ O impacto do programa pode ter reflexos ainda nos modelos familiares desenvolvidos ao longo dos anos em Cabo Verde, como veremos a partir do capítulo V.

3.3. A influencia das recomendações das CIPD na fase actual

A etapa actual do Programa, sobre o qual nos vamos debruçar de forma mais aprofundada nos capítulos seguintes, caracteriza-se por uma intervenção assente na filosofia subjacente às recomendações das Conferências Internacionais sobre População e Desenvolvimento (CIPD) do Cairo e de Beijing, realizadas em 1994 e 1995 respectivamente, conforme se escreve na introdução do relatório final do Simpósium

⁵⁴ Conforme consta no BO de Cabo Verde n.º53/89 de 30 de Dezembro de 1989.

⁵⁵ Assim se alude a este Programa, nas primeiras páginas do documento: "Inquérito Demográfico de Saúde Reprodutiva considerado como um dos mais complexos sistemas de estudo da fecundidade, de comportamentos, atitudes, práticas e expectativas da população em matéria de saúde sexual e reprodutiva, da sexualidade da saúde materna infantil e de planeamento familiar.

⁵⁶ Alguns dos indicadores mais actualizados podem ser consultados em publicações de organismos da ONU, como sejam: o relatório do desenvolvimento humano do PNUD (2000) ou o relatório sobre a situação da população mundial (1999) do FNUAP.

Nacional sobre Saúde Sexual e Reprodutiva, realizado em Maio de 2000 na cidade da Praia em Cabo Verde.

De acordo com as recomendações dos dois eventos internacionais atrás referidos, entenderam as autoridades sanitárias em Cabo Verde que uma forma de ultrapassar os obstáculos colocados pela complexidade da componente planeamento familiar, a qual daremos a devida atenção em espaço próprio, passaria pela introdução de novos conceitos de Saúde Reprodutiva (SR), do género e da integração das estratégias de população e desenvolvimento, pondo acento tónico nos problemas ligados aos jovens e aos adolescentes e à necessidade de envolvimento do homem nas questões de saúde sexual e reprodutiva. Mas, acima de tudo, vem-se dando ênfase neste novo quadro de intervenção às questões relacionadas com o desenvolvimento, às quais não podem escapar as actividades que se têm vindo a desenvolver com reflexos nas variáveis demográficas atrás referidas. Estas traduzem, em boa medida, os impactos resultantes do funcionamento do programa, que teremos oportunidade de estudar nos próximos capítulos.

É nesta óptica que a essa instituição, cujo percurso histórico acabamos de apresentar em linhas gerais, seja atribuída uma nova designação, passando a chamar-se Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR). A nosso ver, a permanência da filosofia de programa teve por fim não perder de vista as referências do seu passado e continuarem os seus responsáveis a poder ter, num quadro de relativa autonomia, o estatuto de interlocutores válidos e capazes de fazer com que esse organismo seja capaz de absorver os apoios que normalmente são disponibilizados pela cooperação internacional, e poder dialogar como um verdadeiro parceiro das ONGDs projectos de desenvolvimento e outros intervenientes que trabalham na mesma área.

CAPÍTULO V ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

1. Suporte institucional e linhas gerais de actuação

O programa PMI-PF, nascido a partir dum projecto elaborado com apoio internacional e cuja fase preparatória remonta a 1976-77, tal como tivemos a oportunidade de ver no capítulo anterior, teve ao longo dos anos o seu suporte institucional assente na ligação à Direcção Geral de Saúde (decreto-lei nº24/99, publicado no B.O. n.º 14/99-I Série: 423).⁵⁷

As suas actividades gozam da supervisão duma Direcção Nacional (DN), tendo à frente normalmente um (a) médico(a) muito experiente. Na dependência da DN funcionam duas Direcções Regionais (DR): uma para a região de Barlavento, com sede em Mindelo – S. Vicente e outra instalada em Sotavento na Cidade da Praia, ilha de Santiago.

De acordo com dados recolhidos junto da Direcção Nacional desde 1997, na sequência das orientações saídas da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, seguida da de Beijing em 1995 tem-se vindo a experimentar um processo de transformação na filosofia de intervenção do programa. A nova perspectiva preconizada tem como referência principal a ideia explicita de que o campo de intervenção é o de saúde reprodutiva.

A intenção desta filosofia é alargar a abordagem do programa, segundo a ênfase que se vem colocando num paradigma diferente do desenvolvimento que teremos a oportunidade de retomar nas conclusões. Este novo conceito de progresso leva em consideração os papeis sociais da mulher e do homem. As funções da primeira, passam a ser vistas na perspectiva da igualdade no acesso aos bens essenciais e na participação, o que poderá ter a sua repercussão na mortalidade materna e infantil e, as dos homens, estão sendo enquadrados numa óptica de maior envolvimento nas questões de saúde e não só, da família, particularmente da mulher e da criança e no planeamento familiar.

Deste modo apuramos junto da DN, que essas alterações na filosofia de actuação e por consequência na sua estrutura de organização e funcionamento exigiu inclusivamente a

⁵⁷ Por este decreto-lei se aprovou a orgânica do Ministério da Saúde, que retoma anteriores orgânicas e recoloca o Programa como um dos serviços que compreende a Direcção Geral de Saúde. Neste dispositivo jurídico pode-se constatar que ao Programa é dado tratamento idêntico a todos os outros programas de saúde pública juntos, o que transmite a ideia duma relativa autonomia dentro dessa Direcção Geral.

mudança de nome da instituição que, passa designar-se Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR) o que consubstancia um dos resultados esperados do Simpósium Nacional Sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva (SNSR), realizado em Abril de 2000 na Cidade da Praia (Ministério da saúde, 2000: 3).

Este processo de transformação tem vindo a ocorrer de forma tímida e não sem dificuldades, tendo em conta as revelações feitas pelos técnicos de saúde e outros profissionais da área das Ciências Sociais entrevistados. Segundo esses informantes, a filosofia subjacente às alterações previstas, relaciona-se também com a mentalidade dos sujeitos a quem se direcciona as actividades do programa.⁵⁸ Mesmo assim, todos fizeram notar que as modificações que serão seguramente introduzidas com a nova perspectiva, acabarão por desembocar em mudanças comportamentais, não obstante se saber à partida que dar-se-ão de forma muito lenta.

Vejamos de seguida como se têm direccionado as linhas de orientação das actividades do programa à luz dos objectivos e estratégias traçados e público alvo definido até o presente.

Segundo Dupret e Outras (1994: 4) nas suas linha gerais o projecto teve desde o início como principais objectivos a protecção materna – infantil incluindo o planeamento familiar, abrangendo uma população-alvo constituído por crianças dos 0 - 7 anos e as mulheres grávidas e em idade fértil⁵⁹. Teve-se igualmente como meta desde os seus primórdios a cobertura de todas as ilhas do arquipélago através de unidades de consulta fixas e moveis. Na sua essência visava o PMI-PF melhorar a saúde da mãe e da criança reduzir a morbi-mortalidade materna e infantil e assegurar o bem estar familiar. Secundariamente as suas actividades deveriam permitir ultrapassar os constrangimentos

⁵⁸ Os nossos entrevistados, quer técnicos de saúde, quer outros técnicos, são unânimes em afirmar que há um imenso trabalho a fazer sobre a mentalidade das pessoas. Estas em regra geral, ainda agem na base de estereótipos quanto a, por exemplo, uso de contraceptivo. Determinados comportamentos são também traduzidos por conflitos de valores que continuam na base da resistência de certos sectores da igreja católica, ainda que com tendência para alguma flexibilidade por parte de outras sensibilidades no seu seio, para a construção duma nova mentalidade. Pelo que há que desmistificar a ideia de que quem tem que se dirigir aos serviços do Programa é a mulher, que é ela quem deve cuidar da saúde dos filhos, mas que paradoxalmente boa parte dos indivíduos do género feminino não dispõe do poder de decisão e de escolha.

⁵⁹ Talvez reside na restrição colocada logo de início aos objectivos do programa e que acabou por orientar a postura dos técnicos de saúde que muitas vezes são acusados por adoptar atitudes de estranheza e indiferenças face à frequência dos serviços de PMI-PF por adolescentes e jovens, particularmente do sexo masculino, contribuindo também esta concepção para a criação da imagem de que quem deve frequentar o PMI-PF são as mulheres. Contudo, devemos salientar que em relação à vertente Planeamento Familiar (PF), o documento Políticas e Normas dos Serviços de PF, cobre essa possível lacuna, mostrando que esse serviço destina-se a, entre outros grupos populacionais, mulheres que engravidam antes da idade dos 20 anos e depois dos 35 e, ainda, de forma mais específica, a todos os casais e indivíduos em idade de procriar. O que acaba por abranger os adolescentes jovens e adultos quer do género masculino quer do feminino.

que o crescimento demográfico impõe ao desenvolvimento socio-económico do país Sapinho e Outros (1992: 3)

Deste modo foram criadas as referidas unidades segundo uma estratégia combinada de estruturas fixas e móveis, que vêm cobrindo mediante visitas mensais, bimestrais e até trimestrais um número variado de localidades que se integram nas áreas de cobertura de cada unidade.

2. Estruturas, recursos humanos, equipamentos afectos e origem dos fundos de suporte ao funcionamento

2.1. Estruturas

Na sequência do processo de integração por que passou o programa, analisado no capítulo anterior ao traçarmos o percurso histórico do PMI-PF, e que será retomado ao aprofundarmos as abordagens empíricas sobre a actuação do programa o número de estruturas de prestação de cuidados PMI-PF vem aumentando de ano para ano, como se pode constatar no quadro seguinte.

Quadro 17. Evolução das estruturas e respectivas valências PMI-PF, hoje entendidas como serviços de Saúde Reprodutiva (SR)

	1988				1993				1997				2000			
	T	H/CS	PS	USB	T	HCS	PS	USB	T	HCS	PS	USB	T	HCS	PS	USB
	31	15	12	4	49	17	15	17	115	25	23	67	144	29	17	98
C/ PAV									53	20	16	17	71	25	11	35
C/ PN									38	18	13	7	46	24	11	11
C/PF									48	18	15	15	68	26	12	30
C/ Méd									25	25	0	0	29	29	0	0

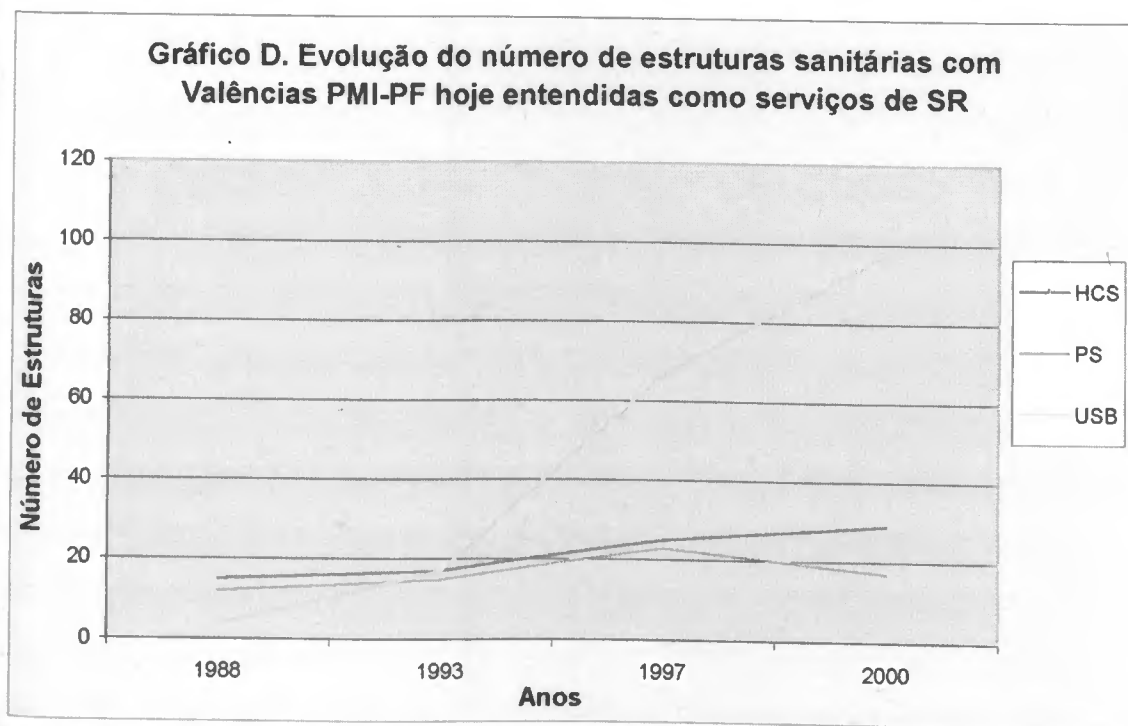
Fonte: Elaborado a partir de dados fornecidos em entrevista pela DN do PMI-PF actual programa de SR em 2000
T- Total; HCS – Hospital e Centro de Saúde; PAV - Programa Alargado de Vacinação; PN – Pré Natal; PF- Plancamento Familiar; Med. - Médicos

Ao analisarmos este quadro, não obstante serem incompletos os dados relativos ao período 1988 – 93, tem-se uma ideia clara pelo menos da evolução do número de estruturas sanitárias em todo o país, no espaço de tempo compreendido entre 1988 e 2000

As informações são porém mais completas a partir de 1997, em que já podemos ver não só o crescimento do arranjo infra-estrutural em matéria de saúde, como também a

distribuição do volume das componentes PMI-PF, hoje tidas mais na lógica de serviços de Saúde Reprodutiva (SR).

O gráfico obtido a partir dos totais retirados do quadro 17 a que acabámos de referir, e que a seguir apresentamos, ilustra de forma mais evidente a evolução do crescimento das estruturas sanitárias em Cabo Verde.⁶⁰

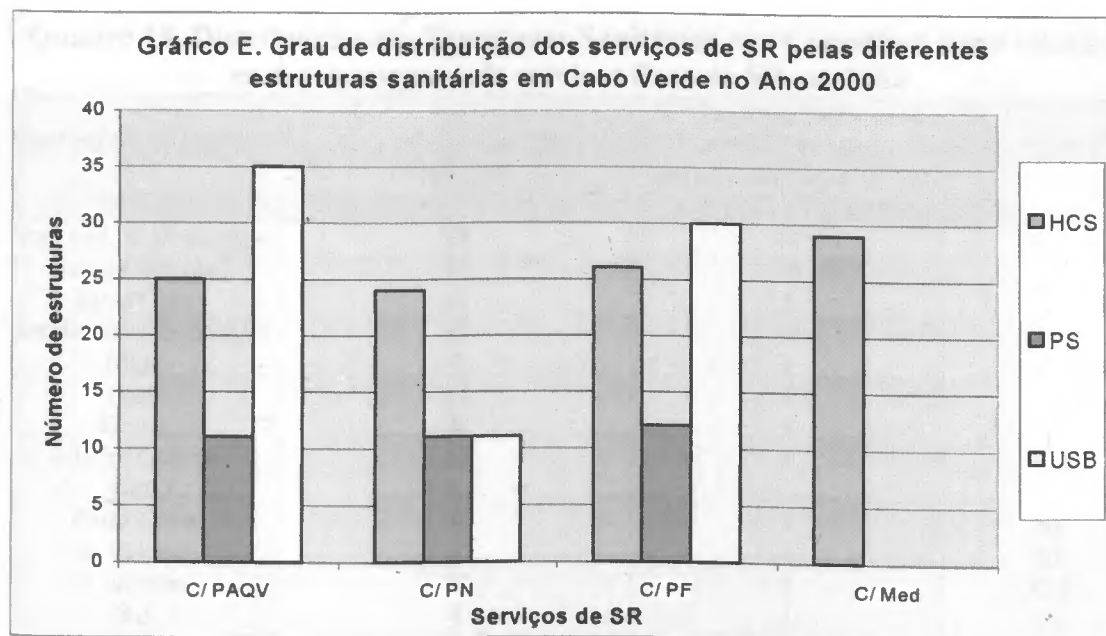


Fonte: Elaborado a partir de dados fornecidos em entrevista pela DN do PMI-PF do actual Programa Nacional de Saúde Reprodutiva em Junho de 2001, mas cujos dados de base relativos ao ano 2000 não se encontravam oficialmente actualizados se encontravam incorporados como anexo VI.

Este gráfico mostra que houve uma explosão de Unidades Sanitárias de Base (USB) em Cabo Verde a partir de 1993, numa clara aposta das autoridades na oferta dos cuidados básicos de saúde, eleitos como prioridade tal como recomendava o estudo sobre a saúde das crianças menores de cinco anos, elaborado a meio da década de 90 conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pela UNICEF, Ministério da Saúde/UNICEF, (1996: 40).

Vejamos agora como é que se distribuem os serviços de saúde reprodutiva pelas diversas formações sanitárias espalhadas pelo país por volta do ano 2000, através do gráfico E seguidamente exibido, também obtido a partir daquele quadro.

⁶⁰ É importante termos em conta essa evolução na medida em que, como vimos no capítulo anterior, houve um processo de integração na horizontal dos serviços PMI-PF, que partiram duma estruturação na vertical de início. No entanto, cedo concluiu-se que só teria maior abrangência do público-alvo se esses serviços fossem levados aos povoados distantes do meio rural. Isso só veria ser concretizado através duma estratégia de integração nas diferentes estruturas sanitárias.



Fonte: Elaborado a partir de dados fornecidos em entrevista pela DN do PMI-PF actual programa de SR em Junho de 2001

Ao olharmos para gráfico E chama-nos atenção, a contribuição das Unidades Sanitárias de Base⁶¹ para o desenvolvimento dos serviços ligados ao actual Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, dada à sua rápida difusão pelo país. Como se pode notar, das três componentes apresentadas no quadro 16 (PAV PN e PF) dada à sua rápida difusão pelo país. Ao todo eram 12 em 1988 e passaram a ser 98 em 2000. Estas unidades de cuidados básicos de saúde figuram no panorama das estruturas de saúde em Cabo Verde, como sendo pelo menos em número as estruturas que mais fazem PAV e PF. Relativamente ao PN aquilo que aparece como amostra do trabalho dessas formações sanitárias é no entanto feito por médicos e enfermeiros, que para o efeito, aos mesmos se deslocam periodicamente. Nota-se igualmente que só existem médicos nos hospitais e nos Centros de Saúde.

Em suma o quadro seguinte revela o total das estruturas sanitárias, Hospitais (H) Centros de Saúde(CS), Postos Sanitários (PS) e Unidade Sanitárias de Base (USB), bem como a sua relação com a prestação de pelo menos três serviços de saúde reprodutiva: Informação Educação & Comunicação (IEC), PF e PAV distribuídas por cada Concelho/Delegacia de Saúde⁶² e respectiva representação percentual.

⁶¹ Tratam-se de estruturas de cuidados mais elementares de saúde onde nem sequer existe um enfermeiro. No entanto nelas trabalha um técnico de saúde com formação específica e treinado para prestar cuidados primários entre os quais os de saúde reprodutiva.

⁶² Cada Concelho dispõe de uma Delegacia de Saúde exceptuando aqueles de elevação mais recente essa categoria..

Quadro 18. Distribuição das Estruturas Sanitárias por Concelho* e sua relação com pelo menos três serviços fixos de SR em 2000

Delegacias de Saúde	N.º Total de Estrutura Sanitárias	N.º Total de Estruturas Sanitárias com componentes fixas de SR em IEC, PF e PAV	%
Praia incl. S. Domingos	23	19	82,6
Santa Catarina	13	10	76,9
Santa Cruz	16	2	12,5
Tarrafal incl. S. Miguel	12	10	83,3
Maio	7	1	14,3
Fogo	12	4	33,3
Brava	5	1	20
Ribeira Grande	12	4	33,3
Paúl	6	3	50
Porto Novo	8	4	50
S. Vicente	8	4	50
S. Nicolau	12	4	33,3
Sal	4	1	25
Boavista	6	2	33
Total	144	69	47,9

Fonte: Elaborado a partir de dados fornecidos em entrevista pela DN do PMI-PF actual programa de SR em Junho de 2001

* No conjunto das circunscrições administrativas presentes no quadro não figuram isoladamente três: S. Domingos, S. Miguel e Mosteiros, cujos dados estão respectivamente incluídos nos concelhos de Praia, Tarrafal e o caso do Fogo, onde estão incluídos os municípios de S. Filipe e Mosteiros.

A leitura do quadro revela uma aparente fragilidade dos cuidados de saúde reprodutiva em todo o país, visto que apenas 47,9% das estruturas sanitárias possuem pelo menos três serviços fixos de PMI-PF. No entanto, esta constatação pode revelar-se não completamente elucidativa da real situação, na medida em que conforme verificámos junto da DN do actual Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, lá onde não há serviços fixos de PMI-PF fazem-se deslocações periódicas. Daí a existência de equipas móveis que se inserem no quadro da estratégia definida, tal como aludimos anteriormente.

Vejamos, porém, qual tem sido a relação entre o esforço de preparação dos recursos humanos e os materiais e equipamentos específicos ao trabalho PMI-PF.

2.2. Recursos humanos e equipamentos específicos do programa

Referindo-se, em primeiro lugar, à questão dos recursos humanos enquanto suporte do funcionamento do PMI-PF, segundo a DN do programa, os dados presentes nos quadros e gráficos atrás indicados podem facultar algum subsídio para se ter a ideia do volume de pessoal que ao longo dos anos foi sendo afectado às actividades a favor da saúde materna - infantil e planeamento familiar. É que consoante foram crescendo as estruturas, do mesmo modo também foi aumentado o pessoal, na medida em que, tal

como se escreve no estudo elaborado por Dupret, (1994:13), no caso concreto dos enfermeiros, os mesmos iam sendo preparados e afectados ao programa conforme o plano de integração das actividades do PMI-PF nas estruturas sanitárias.

No quadro 19 a seguir indicado podemos constatar a relação entre as estruturas sanitárias com o pessoal formado por vertentes de formação, já em 1994, e os equipamentos segundo o tipo de serviço de PMI-PF prestado, o que nos transmite a noção de um volume de pessoal e equipamento disponível então considerável.

Quadro 19. Relação entre recursos humanos treinados e equipamentos afectos às actividades do PMI-PF em 1994

Vertentes de formação, estruturas com pessoal formado e respectiva percentagem			Equipamentos, vertentes de utilização e respectiva percentagem		
<u>Vertentes de formação de pessoal</u>	<u>Estruturas com pessoal formado</u>	<u>%</u>	<u>vertentes de utilização dos equipamentos</u>	<u>N.º de equipamentos</u>	<u>%</u>
PAV	46	40,7	PAV	48	42,4
PN	38	33,6	PN	57	50,4
PF	39	34,5	PF	53	46,4

Fonte Dupret e Outras, (1994: 13)

Quanto a equipamentos destinados ao PN e PF verificamos que, para o primeiro caso, 50,5 das estruturas já estavam devidamente equipadas por volta de 1994, ao passo nessa mesma altura, para o PF, 46% já tinha as condições desejáveis em matéria de equipamentos. A nosso ver, esta situação acrescida do facto de também existirem estruturas móveis que se deslocam periodicamente às unidades não equipadas, estará na origem das altas taxa de vacinação que Cabo Verde apresenta nessa época e na quebra acentuada nas taxas de mortalidade materna e infantil que teremos oportunidade de analisar no Capítulo VI sobre os indicadores de impacto do programa.

Mas vejamos uma outra imagem mais elucidativa da situação do pessoal afecto ao PMI-PF retirado da bibliografia atrás referida, não obstante o seu desfasamento no tempo, já que o mesmo reporta a 1993.

Quadro 20. Pessoal afecto às Delegacias de Saúde exercendo pelo menos uma das actividades do PMI-PF

Pessoal das Delegacias de Saúde	Total	Pessoal com PMI-PF	%
Médicos	37	19	51,3
Enfermeiros	99	34	34,3
Auxiliares	55	55	100
A. Sanitários	133	35	26,3

Fonte Dupret e Outras, (1994: 14)

Este quadro mostra-nos que por essa altura a grande maioria dos enfermeiros e dos Agentes Sanitários (AG) não executavam nessa ocasião actividades do programa.

Apesar de parecer um pouco desfasado no tempo, este quadro tem o mérito de fornecer elementos comparativos quando observamos por exemplo o gráfico E atrás indicado. No mesmo observamos algum protagonismo das Unidades Sanitárias de Base nos cuidados relativos ao PAV e PF o que prova maior envolvimento desses técnicos de saúde nos cuidados de SR na época actual.

Igualmente, se compararmos novamente os dados deste quadro e os do gráfico que acabamos de mencionar é muito fácil notar que as referências aos hospitais enquanto estruturas de prestação de cuidados PMI-PF, por volta de 1993, vão no sentido de considerar que tais cuidados só eram prestados pontualmente, segundo consta da documentação consultada. O que contradiz com os dados de 2000. Na verdade, pelas actividades do PMI-PF levadas a cabo nos hospitais hoje em dia e reveladas no gráfico atrás referido, conclui-se pela existência de um número considerável de pessoal treinado para as actividades em prol da saúde reprodutiva colocados nos hospitais, desde médicos enfermeiros a outro tipo de recursos humanos.

2.3. Origem dos Recursos Financeiros

Conforme a documentação consultada, desde os seus inícios o programa contou com contribuições financeiras de vários parceiros internacionais, nomeadamente a Radda Barnen, o financiador da maior parte dos custos que propiciaram o funcionamento do PMI-PF até 1991, o FNUAP, a UNICEF, a OMS, a USAID e nos últimos anos da Cooperação Técnica Alemã, mais concretamente o Projecto de Saúde Reprodutiva.

A grande contribuição da Radda Barnen destinou-se essencialmente à construção das unidades, fornecimento de material, equipamento e veículos, assim como para por à disposição do projecto alguns técnicos, formação e cobertura das despesas correntes.

Ainda uma porção desse orçamento era destinada a garantir uma parte do salário do pessoal.

Em nenhum documento se refere explicitamente à contribuição do Estado para o programa até 1991. Mas dada a filosofia do projecto, que consistia na passagem progressiva das responsabilidades para o Governo, é de supor que nessa altura Cabo Verde já tivesse assumido uma parte das despesas com o PMI-PF através do Orçamento Geral do Estado (OGE)⁶³. Aliás a própria lógica de integração pressupunha a utilização dos recursos humanos tradicionais do Ministério da Saúde, desde médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes sanitários e até pessoal administrativo. É nesta perspectiva que entendemos a contribuição do Estado estimada em 70 mil contos cabo-verdianos por ano, até 1994, destinada a suportar os salários do pessoal, custos de funcionamento e manutenção das estruturas sanitárias, Dupret e Outras (1994: 18).

Por causa dos constrangimentos apontados vamos, no quadro seguinte, apresentar uma evolução dos montantes oriundos da cooperação internacional destinados a apoiar o país no domínio da promoção da saúde reprodutiva, nas duas últimas décadas.

Quadro 21. Realizações orçamentais referentes aos fundos de apoio à Saúde Materna – Infantil e Planeamento Familiar provenientes da APD nas últimas décadas

Anos	Financiadores*	Montantes em milhares de contos CV
1984	Radda Barnen	3686
1987	Radda Barnen	17200
1991	Radda Barnen	10100
1998	FNUAP/UNICEF/OMS	67274
2000	FNUAP/UNICEF/OMS/GTZ	42281

Fonte: Dupret e Outras, (1994:17), conjugado com Direcção Geral do Planeamento (2001) - Balanço da Execução dos Projectos de Investimento (PI).

*Distribuição dos Montantes e respectivos financiadores em 1998: UNICEF - 23074; FNUAP - 43700 e OMS - 500

*Distribuição dos montantes e respectivos financiadores em 2000: UNICEF - 19919; FNUAP - 8219; OMS - 1460; GTZ - 12683

Tal como acabámos de explicar em nota de rodapé, os recursos do Estado, nomeadamente os financeiros, destinados ao programa, são também recursos para as restantes atribuições da saúde em geral. Por exemplo, o salário pago aos técnicos pode ser tomado como recurso afecto ao programa mas não só. Pelo que se torna

⁶³ Ao consultarmos os Orçamentos de Estado (OGEs) referentes aos anos posteriores à saída da Radda Barnen, revelou-se tarefa difícil ou se não, impossível, desdobrar as despesas relativas à saúde e, muito menos, aquelas atinentes ao Programa, na medida em que aparecem diluídas por rubricas globais, nos últimos anos da década de 90, como sejam: remunerações, aquisição de bens entre outras previsões orçamentais, no chamado Ministério da Saúde e Promoção Social (MSPS) Conselho de Ministros (1999: 35).

praticamente impossível definir as verbas do orçamento do estado alocados ao PMI-PF. Por seu lado, os fundos da cooperação internacional, ainda que possam nos seus fins desdobrar-se para outras áreas de saúde, são prioritariamente destinadas às questões de saúde materna-infantil e planeamento familiar.

Conforme informações prestadas pela DN do Programa os recursos financeiros disponibilizados pelos parceiros internacionais para a área de PMI-PF-PAV, têm como fins os seguintes:

Relativamente aos fundos oriundos da UNICEF, são aproveitados, na vacinação, seguimento de crianças menores de cinco anos, nutrição, acompanhamento pré-natal e assistência aos partos (formação, equipamentos, material de vacinação e outros).

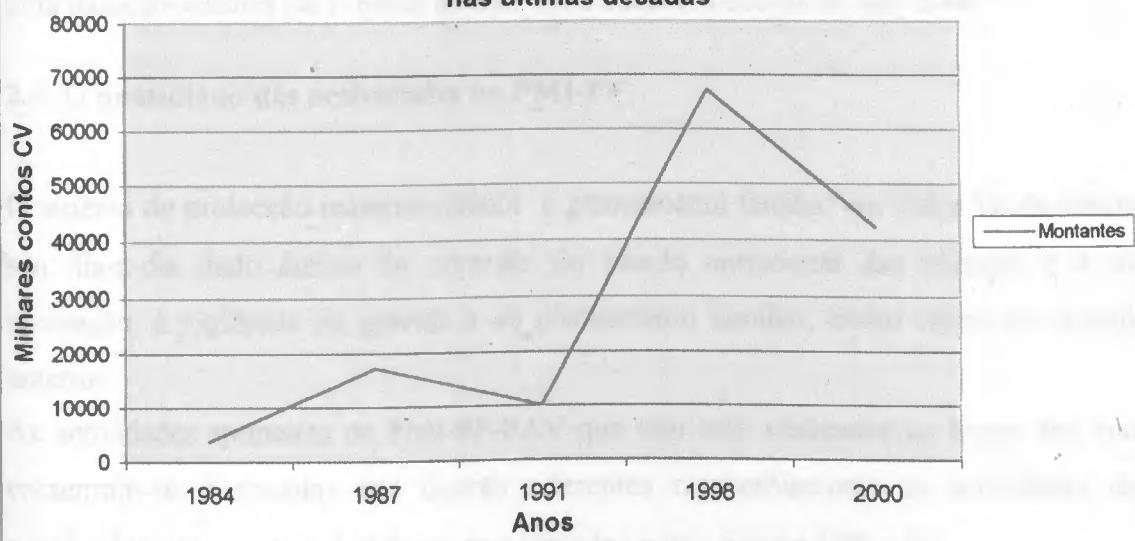
Quanto aos fundos da OMS, são canalizados ao apoio técnico e outros apoios pontuais, principalmente em relação à vacinação, supervisão e formação.

No que se refere aos montantes concedidos pelo FNUAP, vão para o planeamento familiar, rastreio precoce de cancro do colo do útero, equipamentos para os serviços de ginecologia e obstetrícia, formação, aquisição de contraceptivos, supervisão, elaboração de programas e documentos de base.

No que tange aos meios financeiros afectados pela Cooperação Técnica Alemã, conhecida pela sigla GTZ, são aplicados em estudos, formação, manutenção de equipamentos, apoio técnico e na sensibilização de parceiros, grupo-alvo e comunidade para a necessidade do envolvimento nas acções a favor da saúde reprodutiva.

Exibimos, em seguida, o gráfico F elaborado a partir do quadro anterior, onde podemos ver claramente a tendência evolutiva dos fundos concedidos pela cooperação internacional para o desenvolvimento dos cuidados de saúde na esfera de intervenção do programa que tem sido objecto deste estudo.

Gráfico F. Realizações orçamentais referentes aos fundos de apoio à Saúde Materna – Infantil e Planeamento familiar provenientes da APD nas últimas décadas



Fonte: Ídem quadro 21

Ao analisarmos este gráfico, verificamos com base no quadro 21 que, depois de um aumento sensível dos fundos da Radda Barnen nos primeiros anos de vida do programa, há uma redução progressiva desses meios financeiros a partir de 1987, no seguimento da lógica da assunção paulatina dos custos do programa por parte do Estado.⁶⁴

Porém, face à saída da Radda Barnen em 1991⁶⁵, notamos que existe um crescimento acentuado dos financiamentos. Estes são oriundos das outras organizações internacionais como vimos no quadro que acabamos de fazer alusão. Como vimos nesse quadro, talvez esta tenha sido uma forma de colmatar eventuais lacunas relacionadas com a saída dessa organização. Mas, sobretudo, é nosso entender que esse crescimento do apoio internacional ao Arquipélago não terá sido alheio às mudanças verificadas então na cena internacional e que tornaram atractivos os fundos internacionais para os países onde se consagrou sistemas políticos pluralistas como foi o caso de Cabo Verde.

A quebra que se verifica por volta de 1998 relaciona-se com a diminuição substancial dos financiamentos do FNUAP, que após alocar o maior bolo da cooperação multi-lateral em 1997/98 (sensivelmente 44 mil contos) para financiar entre outros meios, a

⁶⁴ A absorção dos custos do programa por parte do Governo de Cabo Verde foi traduzida na afectação de recursos no seguimento do processo de integração dos serviços do PMI-PF nas estruturas de saúde já existentes. Convém salientar ainda, uma vez que o programa funcionava inicialmente na vertical e com meios próprios, estes eram garantidos quase na totalidade pela organização sueca.

⁶⁵ A saída dos financiadores nórdicos está relacionada com a própria filosofia de projectos, isto é, quando se entendeu que havia sustentabilidade suficiente, consumou-se aquilo que já se previa. Aliás o Estado vinha absorvendo pouco a pouco parte dos custos.

aquisição de equipamentos, viaturas etc, na sequência das novas exigências colocadas com a transformação do PMI-PF em Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, teve uma redução sensível para cerca de oito mil e duzentos contos no ano 2000.

2.4. O quotidiano das actividades do PMI-PF

O sistema de protecção materna-infantil e planeamento familiar em Cabo Verde tem no seu dia-a-dia dado ênfase ao controle do estado nutricional das crianças e à sua vacinação, à vigilância da grávida e ao planeamento familiar, como vimos no capítulo anterior.

As actividades rotineiras de PMI-PF-PAV que têm sido realizadas ao longo dos anos encontram-se destacadas nas figuras referentes respectivamente às actividades das secções infantil e maternal, à frente apresentados como figuras VIII e IX.

Figura VIII. Diagrama das Rotinas da secção infantil

Consultas	
Consultas conforme a idade da criança	Periodicidade
No primeiro mês de vida	Semanais
No segundo Mês de vida	Quinzenais
Do terceiro ao décimo segundo mês de vida	Mensais
De um a quatro anos	Trimestrais
Vacinação	
Tipos de Vacinação	Sequência
BCG (dose única)	Ao nascer
Pólio 0 (Extra)	Ao nascer e até 15 dias de vida
Pólio 1e tripla1	Aos 45 dias de vida
Pólio 2 e Tripla 2	Um mês após a primeira dose
Pólio3 e tripla 3	Um mês após a segunda dose
Sarampo	Aos nove meses de vida
Pólio R e Tripla R (Reforço)	1 ano após terceira dose de Pólio Tripla

Fonte: Dupret e Outras (1994: 43)
BCG - Vacina contra Tuberculose, Pólio – Vacina Contra Poliomielite, Tripla – vacina contra Tétano Difteria e Tosse Convulsa

Nesta figura verificamos que as actividades quotidianas da secção infantil consistem, fundamentalmente, na vigilância do crescimento/desenvolvimento de crianças menores de 5 anos, vacinação nessa idade contra a tuberculose, poliomielite, tétano, tosse convulsa, difteria e sarampo.

De acordo com informações recolhidas junto dos técnicos do PMI-PF essas rotinas são acompanhadas de educação sanitária sobre os cuidados a ter com a crianças nos

primeiros tempos de vida, nomeadamente: alerta à importância do aleitamento materno e aí entra a necessidade do devido espaçamento entre filhos para não prejudicar a amamentação da criança; cautelas perante ameaça de acidentes da criança; prosseguimento das consultas e vacinas atempadamente; diversificação dos alimentos numa fase adiantada do desenvolvimento da crianças, visando combater a má nutrição, entre outros conselhos.

Figura IX. Diagrama do quotidiano da Secção Maternal

<i>Pré-Natal</i>	<i>Periodicidade das consulta</i>
	Análises de Rotina
<i>Planeamento Familiar (PF)</i>	Vacinação Maternal
	Fornecimento de pílula
	Dispositivo Intra-Uterino (DIU)
	Utilização de injectável e outros métodos

Fonte: Idem quadro anterior (1994: 44)

O quotidiano da secção maternal refere-se, segundo a bibliografia consultada, a cada uma das actividades previstas no quadro acima e desdobram-se em: seguimento pré-natal com: vacinação de grávidas contra o tétano, educação sanitária, visitas domiciliárias, consultas pós-parto. Fazem-se igualmente consultas de planeamento familiar.

Relativamente às consultas maternas periódicas, um elemento a ter em conta na prestação de serviços rotineiros tem a ver com os diferentes momentos de controlo das grávidas, sendo previstos: primeira consulta no primeiro trimestre, de dois em dois meses até 28 semanas, mensalmente entre 28 e 36 semanas, quinzenalmente entre 36 e 38 semanas e semanalmente entre 38 e 42 semanas.

As análises de rotina dizem respeito a hemoglobina trimestralmente, albumina e glicosúria em cada controle, VDRL em cada gravidez, bem como o apuramento do grupo sanguíneo.

No que tange à vacinação maternal o seu calendário compreende a seguinte sequência: VAT 1 – no primeiro contacto; VAT 2 – um mês depois da primeira dose; VAT 3 – entre seis a doze meses depois da segunda dose; VAT 4 – doze meses depois da terceira dose; e, VAT 5 – doze meses depois da quarta dose.

As consultas de PF, sublinham os autores atrás referidos, têm lugar 6 semanas pós-parto, um mês pós aborto e durante a menstruação, e destas consultas resulta o acordo

ou não da mulher em usar um dos seguintes métodos contraceptivos: Pílula, DIU Injectável ou outros métodos, como sejam: preservativo, espermicida e métodos naturais.

No uso da pílula aconselha-se: na primeira consulta uma carteira, na segunda três carteiras na terceira seis, na quarta doze, para depois ser passada essa quantidade anualmente bem como o exame ginecológico nesse mesmo período.

Relativamente ao DIU, um mês após a colocação faz-se o primeiro controlo, o segundo três meses depois da colocação, e um terceiro controlo após seis meses, seguindo-se controlos anuais acompanhados de exame ginecológico.

O método injectável requer uma injeção cada três meses e um exame ginecológico antes da primeira dose. Para os outros métodos sugerem-se consultas sempre que necessário.

Todas as actividades rotineiras do PMI-PF são acompanhadas de Educação Sanitária, na perspectiva de prevenção, segundo a lógica defendida pela Direcção Geral de Saúde nas notas introdutórias ao manual de educação sanitária editado em 1982. Segundo esse documento, as mães, conhecendo o que fazer para proteger seus filhos ou a si próprias para não contrair uma doença, afastarão os riscos, os custos e os efeitos psicológicos relacionados com sustentar uma enfermidade.

Há que referir que o ideal previsto para as actividades rotineiras do PMI-PF, nem sempre é conseguido. Segundo técnicos que aí trabalham e que foram auscultados no âmbito deste estudo, existem dificuldades no cumprimento das normas internas de controlo materno - infantil e maternal e do PF. Tais constrangimentos têm a ver com razões ligadas, por um lado, à falta de recursos suficientes, nomeadamente humanos e meios materiais e técnicos para realização de certas análises nas unidades de PMI-PF e centros de saúde; por outro, devido a negligência de muitas das mães, que não seguem os conselhos dados no âmbito da educação sanitária – acentuam os técnicos e técnicas do PMI-PF entrevistados.

Vejamos nos capítulos seguintes, apesar de tudo o que ficou escrito nas últimas linhas, como tem tradução real o trabalho desenvolvido no âmbito da protecção materna-infantil e planeamento familiar, enquanto contribuição para ajudar a ultrapassar os constrangimentos demográficos colocados ao desenvolvimento ao longo dos anos em Cabo Verde.

CAPÍTULO VI

INDICADORES DE IMPACTO DO PROGRAMA EM CABO VERDE

Os indicadores ora em análise, permitem fazer uma leitura sobre a evolução da qualidade da saúde da mulher e da criança. Destacaremos em primeiro lugar, os elementos que dizem respeito à assistência pré-natal, mais concretamente o controlo da mulher na fase de gravidez. Em segundo lugar daremos atenção ao controlo e vacinação das crianças recém nascidas. Outrossim, examinaremos os aspectos relativos à saúde familiar, na óptica da utilização dos métodos modernos de contracepção.

1. Indicadores de sobrevivência e protecção da criança

Apresentamos aqui alguns dados obtidos a partir de estatísticas oficiais⁶⁶, que permitem fazer uma leitura da evolução desses indicadores durante uma série de oito anos na última década de 90.

Convém realçar que, de acordo com o Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR), um dos principais objectivos dos cuidados de saúde prestados na fase pré-natal e com reflexos na cobertura da saúde infantil é o acompanhamento feito durante o período gestacional, reduzindo assim os riscos que contribuem para a morbilidade e mortalidade infantil. Outros indicadores como as médias de consulta pré-natal e controlo de crianças menores de um ano, bem como a cobertura vacinal, presentes no quadro seguinte, traduzem de certo modo os impactos do Programa para a saúde infantil em Cabo Verde.

Torna-se indispensável destacar que, não obstante ser reconhecido o trabalho que podem ter desenvolvido neste domínio outras instituições, como poderemos ver mais à frente, quase ninguém duvida que os indicadores de impacto sejam, fundamentalmente, o resultado da intervenção do PMI-PF na cobertura da saúde da criança. Foi o que apurámos durante o trabalho de campo realizado, no âmbito deste estudo.

⁶⁶ Dados recolhidos junto do Gabinete de Estudos e Planeamento (GEP) do Ministério da Saúde.

Quadro 22. Indicadores de cobertura a nível dos controlos de grávidas e crianças menores de um ano

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Média de consulta pré-natal	3,4	3,6	3,2	3,2	3,2	3,1	3,7	3,8
Assistência ao parto ⁶⁷								
Cobertura Vacinal (crianças – 1 ano)	80,1	75,4	68,5	69,1	66,6	70	61,1	61,3
Média de controlo de Criança – 1 ano	7,6	7,4	6	6,5	6,7	6,4	6,4	
Taxa de Mortalidade infantil por mil NV	53,7	52,1	44,6	45,1	35,5	42,0	30,6	29,1

Fonte: GEP do Ministério da Saúde, elaborado a partir de vários anexos já referidos

1.1.Assistência na fase pré-natal

Ao analisarmos os dados do quadro 22 notamos que os mesmos apontam para uma aproximação ao número mínimo de quatro consultas durante a gravidez em três anos da década de 90: 1993 (3,6), 1998 (3,7) e 1999 (3,8), Esta é, de acordo com a bibliografia atrás referida, a meta mínima recomendada pela OMS. Nos restantes anos as médias de consulta também se aproximam dessa fasquia.

Numa reflexão mais profunda sobre os dados relativos à assistência na fase pré-natal obtidos a partir de diversas, fontes, não sendo estas de todo contraditórias suscitam alguma curiosidade na medida em que não são coincidentes. Das três fontes a que tivemos acesso, incluindo as estatísticas do Ministério da Saúde, constatamos que a aproximação às metas da OMS é um facto. Mostram os dados de duas fontes INE (1998:143) e UNICEF (1996:19) que esse indicador até ultrapassa ligeiramente a média recomendada por essa organização, de 4 consultas por mulher na fase pré-natal.

Esta constatação facultada pelas nossas pesquisas, a nosso ver, não sendo motivo de preocupações, suscitam alguma curiosidade e por isso, obrigam a que adoptemos uma atitude crítica que sempre requer o trabalho de investigação.

A este respeito, verificamos que para além do facto das estatísticas oficiais elaboradas pelo Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde não serem discrepantes em relação aos dados dos estudos específicos, estes não só complementam e confirmam aqueles como também revelam que os impactos do Sistema de saúde no controlo pré-natal e na saúde da criança – aí o PMI-PF tem o seu peso que se lhe deve reconhecer - são ainda maiores do que aquilo que nos dão a perceber as estatísticas governamentais.

⁶⁷ Por não figurarem os números relativos a esse indicador nas estatísticas oficiais, não obstante ele figurar como item, apresentaremos mais à frente e em separado os dados relativamente a esse indicador, obtidos a partir de um estudo específico.

Este facto é importante, na medida em que revela a inexistência de qualquer pretensão em falsear ou empolar os dados oficiais.

Se levarmos em conta que essas consultas proporcionam a imunização das mães contra o tétano neo-natal, torna-se importante levantar algumas interrogações sobre as consequências para a saúde da criança em fase de gestação, já que apesar dos dados acima referidos, um número significativo de mulheres continua a não ter a cobertura desejada no período pré-natal. Aliás estas preocupações estão patentes no Relatório Nacional sobre o Seguimento da Cimeira Mundial da Criança elaborado recentemente. Neste documento considera-se que, não obstante se constatar uma evolução positiva em termos globais dos indicadores de saúde infantil, continua a registar-se uma incidência importante das afecções perinatais e de doenças infecciosas e parasitárias como principais causas da mortalidade infantil, Governo de Cabo verde (2000: 21), que funcionam como as principais causas da mortalidade infantil neste país, tal como teremos oportunidade de ver mais em pormenor no ponto 1.4 deste capítulo.

1.2 Controlo da saúde da criança

Abordemos em primeiro lugar a problemática do controlo das crianças com idade inferior a 1 ano. Nesta idade o risco de morbilidade e morte prematura é mais acentuado. Talvez seja por isso que as estatísticas oficiais apresentam, de forma isolada, os dados relativos ao controlo da criança no primeiro ano de vida.

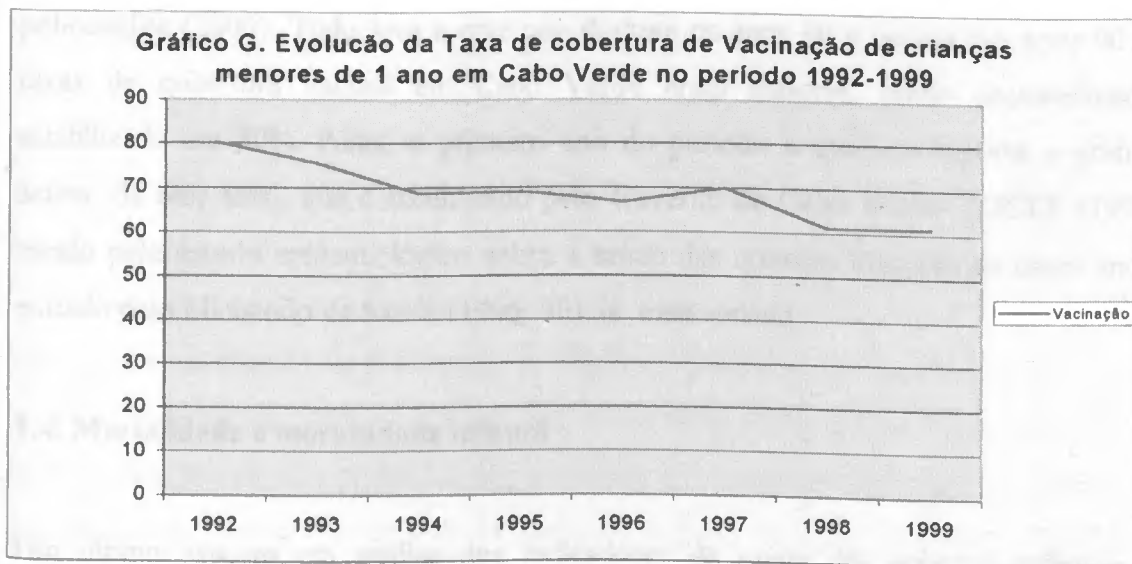
No que diz respeito ao controlo da saúde da criança recém-nascida, a leitura do quadro 22 permite constatar que a frequência com que, em média, as crianças com idade inferior a 1 ano foram apresentadas ao PMI-PF para controlo variou entre 6 e 7 vezes durante a última década do século XX. Entre outras intervenções na criança recém nascida figura a vacinação, objecto de estudo no ponto seguinte. Segundo a OMS/PAV(1988: 2), a cobertura representa a proporção de indivíduos que foram vacinados.

Incluïremos agora na análise dos cuidados da saúde infantil toda a faixa etária que ascende aos cinco anos de vida e que constitui o público infantil do PMI-PF um outro indicador. Referimo-nos ao controlo regular da criança pela equipa de saúde, mais concretamente pelos técnicos no âmbito do seu trabalho a favor da saúde infantil, quer

estejam colocados numa ou noutra estrutura de saúde⁶⁸. Este tipo de actividade permite, de acordo com o Ministério da Saúde/UNICEF (1996: 31), a identificação e o tratamento precoce do crescimento inadequado e outros problemas de saúde. Sublinha o mesmo documento, a pesagem periódica também intensifica o contacto com os serviços de saúde, favorecendo as imunizações, a promoção do aleitamento materno e a educação sanitária em geral, que teremos a oportunidade de analisar com mais detalhes ainda neste capítulo. No acompanhamento da saúde infantil a apresentação da ficha de crescimento da criança (anexo VII) é indispensável.⁶⁹

1.3 Cobertura vacinal

No que tange à cobertura vacinal⁷⁰, a evolução dos dados presentes no quadro 22 é ilustrada no gráfico seguinte, que permite uma melhor comparação da variação desse indicador numa série de vários anos da década de 90.



Fonte: PMI-PF (2000), Anuário Estatístico, Ministério da Saúde.

⁶⁸ Devemos recordar que os cuidados de saúde materna-infantil são prestados não só nos Centros de PMI-PF como também nos Serviços de Ginecologia e Obstetrícia dos Hospitais Centrais, nos Hospitais Regionais, nos Centros de Saúde, nos Postos Sanitários e Unidades Sanitárias de Base, numa lógica de integração que analisaremos no capítulo seguinte, conforme apurámos ao longo das entrevistas em profundidade, realizadas junto de técnicos de saúde ligados ou não directamente ao PMI-PF.

⁶⁹ Essa ficha, que nos foi mostrado aquando da entrevista mantida com técnicos do PMI-PF e cuja cópia está integrada como anexo VII, permite visualizar a evolução da criança através da curva do crescimento do peso em relação à idade, e, permite resumir num só documento dados sobre o estado nutricional, doses de vacina recebidas, duração do aleitamento e desenvolvimento psicomotor. Em última instância serve esse cartão como instrumento educativo para consciencializar as mães da importância de acompanhar o crescimento e desenvolvimento dos seus filhos.

⁷⁰ Não está incluída a cobertura vacinal na idade 1-4 anos, não só por causa da escassez de dados disponíveis, como também pelo peso menos importante da vacinação nessa idade, para a saúde da criança, em relação ao tempo de vida compreendido entre 0-1 ano.

Os dados evidenciados no gráfico G não obstante serem elaborados a partir de fontes oficiais credíveis, não deixam de ser limitados tendo em conta o público alvo sobre os quais reportam. É que de acordo com a literatura sobre a qual se costuma sustentar este tipo de recolha das informações relativas à situação da imunização das crianças, a população alvo de 12-13 meses de idade é indicada como a mais adequada para medir a cobertura vacinal, Secretaria de Estado de Saúde de S. Paulo (1993: 5). Resta saber, é se na recolha desses dados se teve ou não em conta essa condicionante metodológica.

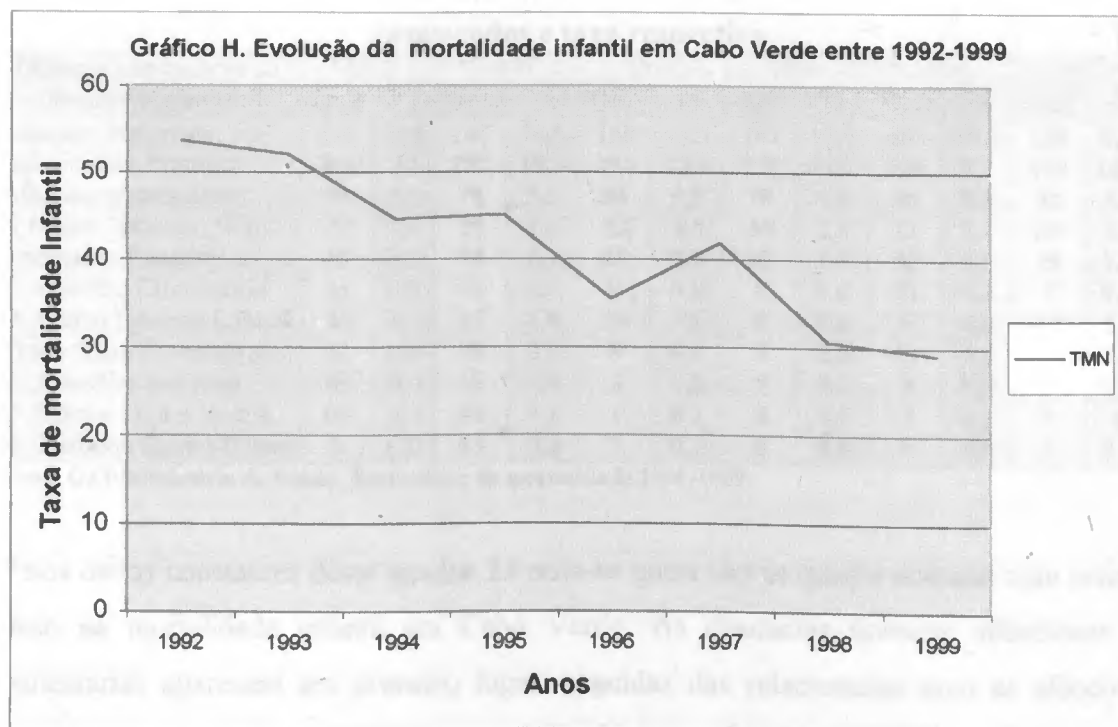
O gráfico atrás apresentado revela uma redução da cobertura vacinal nesta idade e deixa entender a documentação consultada que esta tendência também se verifica em toda a faixa que vai dos zero aos cinco anos. Segundo um dos técnicos de saúde entrevistados esta diminuição resulta dum certo descuido das autoridades.

A situação acima descrita é apontada no relatório Nacional sobre o Seguimento da Cimeira Mundial da Criança como um factor negativo para a saúde da criança que suscita preocupações, tendo em conta as recentes epidemias de sarampo (1997) e poliomielite (2000). Tudo leva a crer que durante os anos 80 e inícios dos anos 90 as taxas de cobertura vacinal em Cabo Verde eram maiores, tendo provavelmente estabilizado em 80%. Aliás, o primeiro ano do período a que nos reporta o gráfico acima, dá esse sinal, que é confirmado pelo Governo de Cabo Verde/UNICEF (1993) citado pelo estudo epidemiológico sobre a saúde das crianças menores de cinco anos, editado pelo Ministério da Saúde (1996: 30), já mencionado.

1.4. Mortalidade e morbilidade infantil

Um último aspecto em análise dos indicadores de saúde das crianças refere-se à mortalidade infantil.

Tal como fizemos no caso da vacinação, aproveitamos os dados sobre a mortalidade infantil, inseridos no quadro 22, a que já fizemos referência para, no gráfico H a seguir apresentado, traduzirmos de forma mais clara a evolução ocorrida a nível desse indicador entre 1992 e 1999.



Fonte: Ministério da Saúde, Estatísticas da mortalidade 1991-1999, conforme consta do anexo VIII, onde também baseamo-nos para elaborar o quadro 21 presente na página seguinte.

A leitura do gráfico H denota uma evolução importante, cuja tendência normalmente acompanha o que se verifica no continente africano e em todo o mundo, sendo variadas essas tendências consoante o grau de desenvolvimento dos países. Por exemplo, enquanto que entre 1960 e 1994 a mortalidade infantil passou de cerca de 175 por mil nascidos vivos para 100 por mil, nos países considerados menos desenvolvidos da África Sub-sahariana, em Cabo Verde esta evolução tem sido muito mais acentuada do que na sua sub-região. Assim, dados retirados dum estudo elaborado no âmbito do programa de cooperação 2000-2004 entre o Governo de Cabo Verde e a UNICEF, intitulado *Análise de Situação: Criança e Mulher em Cabo Verde 1998*, a partir de 1975 e até 1989 houve uma redução significativa da taxa de mortalidade infantil, de 105 por mil para 44,3 por mil, Governo de Cabo Verde/UNICEF (2000: 21). Nos anos subsequentes de 1990 a esta parte, verificou-se a mesma tendência, com a redução da mortalidade a atingir os níveis mais baixos (inferiores a 30 por mil) em 1999, como se pode ver no gráfico acima, exceptuando-se a situação ocorrida em 1997 em que houve uma elevação dessa taxa, tendo ultrapassado os 40 óbitos por mil.

Finalizemos este ponto aludindo às principais causas da mortalidade infantil, destacadas no quadro seguinte:



Quadro 23. Evolução das dez principais causas de mortalidade infantil - óbitos provocados e taxa respectiva

Doenças causadoras da mortalidade infantil	1992		1993		1994		1995		1996		1997	
	Obit	Tx	Obit	Tx	Obit	Tx	Obit	Tx	Obit	Tx	Obit	Tx
Afecções Perinatais	122	8,9	147	10,5	158	11,1	187	12,9	155	10,7	128	8,8
Infecciosas e Pratinira	304	22	257	18,3	194	13,6	171	11,8	126	8,7	203	14,0
Afecções respiratórias	91	6,6	78	5,6	84	5,9	70	4,8	56	3,8	72	5,0
D. Metab. endócrin/Nutri	22	1,6	25	1,8	22	1,5	36	2,1	21	1,4	39	2,7
Anomalias Congénitas	15	1,1	29	2,1	29	2,0	25	1,7	23	1,6	18	1,2
D. Aparelho Circulatório	11	0,8	00	0,0	0	0,0	9	0,6	11	0,8	7	0,5
D. Sistem Nervoso Central	24	1,7	25	1,8	16	1,1	8	0,6	9	0,6	17	1,2
Traumatism Envenenamen	12	0,9	09	0,6	8	0,6	7	0,5	11	0,8	13	0,9
D. Aparelho digestivo	05	0,4	05	0,4	3	0,2	5	0,3	3	0,2	5	0,3
D. Sangue órgãos Hemat.	06	0,4	02	0,1	1	0,1	3	0,2	3	0,2	0	0
D. Aparelho Genito-Urinar	0	0,0	03	0,2	1	0,1	0	0,0	0	0,0	2	0,1

Fonte GEP/Ministério da Saúde, Estatísticas de mortalidade 1991-1999.

Pelos dados constantes deste quadro 23 nota-se quais são as quatro doenças com maior peso na mortalidade infantil em Cabo Verde. As chamadas doenças infecciosas e parasitárias aparecem em primeiro lugar, seguidas das relacionadas com as afecções perinatais e afecções respiratórias, continuando com um peso significativo também as doenças do metabolismo endócrino e nutricionais.

As razões que explicam esta situação são apontadas no estudo elaborado no âmbito do programa de cooperação Cabo Verde-UNICEF (2000-2004: 21) como sendo resultantes de: um número ainda significativo de mulheres grávidas que não beneficiam de um acompanhamento adequado no período pré-natal e durante o parto, para explicar talvez as afecções perinatais pela ausência de vacinação anti-tetânica; as deficientes condições de acesso à água potável, de equipamentos de saneamento básico e as más condições habitacionais de uma parcela significativa da população, para explicar por sua vez e provavelmente as infecciosas e parasitárias; e, diríamos, para completar o quadro, o baixo nível educacional ainda que relativo, de boa parte da população e a situação sócio-económica de muitas mulheres, que se relacionam directamente com as suas condições alimentares e logo com influência nos níveis nutricionais.

2. Índices de Saúde Materna

Neste ponto analisaremos o impacto das actividades do programa ao nível da saúde materna, pondo em evidência os indicadores resultantes dos cuidados de saúde da mulher no período pré-natal, no parto, o controlo pós-parto e os resultados perinatais, nomeadamente a mortalidade materna.

Aludindo, antes de mais, à importância das condições desejáveis de saúde da mulher no âmbito da actuação de programas do tipo PMI-PF, salientamos que esse tipo de instituição procura entre outros fins, zelar para que, o cumprimento por parte da mulher da função biológica maternal seja, isenta de riscos para a sua própria vida. Para o caso dos PVDs essa preocupação vem expressa numa das publicações da Organização Mundial de Saúde OMS⁷¹, (1992; 4-9).

Os cuidados de saúde materna são prestados nomeadamente no período pré-natal. Esses cuidados concretizam-se segundo uma perspectiva baseada na ideia de que a gravidez, não sendo um estado de doença, exige, porém, garantir a vigilância periódica dos técnicos de saúde sobre as diferentes situações com que enfrenta a mulher. Sendo assim, desenvolve-se todo um esforço para que decorra essa situação com normalidade, deste modo evitando complicações e corrigir alterações que possam contribuir para uma saúde sexual e reprodutiva precária da mãe.

Atentemos nos principais indicadores de saúde materna resumidos no quadro seguinte.

Quadro 24. Principais indicadores de saúde da mulher

Indicadores	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Mortalidade materna	105	50		55,4				34,7
Média de Consulta pré-nat.	3,4	3,6	3,2	3,2	3,2	3,1	3,7	3,8

Fonte: GEP- Ministério de Saúde (2000) conjugados com Governo de Gabo Verde/UNICEF (1999: 36)

Os impactos da intervenção do PMI-PF na saúde da mulher em Cabo Verde referem-se não só aos cuidados dedicados no período pré-natal, como também durante o parto e no período pós parto.

2.1. Assistência pré-natal segundo locais e profissionais de atendimento.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (1998:141), um dos principais objectivos dos cuidados no período pré-natal é acompanhar a mulher durante o período gestacional, reduzindo assim os riscos que contribuem para a morbilidade e mortalidade

⁷¹ Trata-se do Boletim Maternité Sans Risques publicado três vezes por ano em Inglês e Francês pelo Programa Saúde Maternal e Maternidade sem Riscos da Divisão de Saúde e da Família dessa organização, com sede em Genebra - Suíça.

materna e infantil, além de reduzir a incidência de prematuridade e da mortalidade perinatal.

Os índices de cobertura a partir da média de consulta pré-natal voltam a aparecer no quadro 24, mas agora para mostrar os efeitos não na saúde da criança em fase de gestação, mas sim na saúde da mãe. Algumas considerações empíricas feitas anteriormente a propósito da complementaridade dos dados revelados pelas diversas fontes têm agora igual pertinência. Neste ponto aprofundaremos um pouco mais esses dados tendo como base os resultados das pesquisas efectuadas no quadro do IDSR⁷².

Assim, de acordo com o IDSR, em Cabo Verde os indicadores de assistência à mulher na fase pré-natal e nas diferentes idades férteis, segundo locais de atendimento e profissionais que prestam cuidados, vêm expressos nos quadros seguintes:

Quadro 25. Assistência à mulher na fase pré-natal e nas diferentes idades férteis, segundo os locais de atendimento em %

Idade da mãe	N/ fez exame pré-natal	Hospital	Centro de Saúde	Posto Sanitário	USB	Clínica Privada	PMI-PF	Outro
- 20	1,6	3,3	4,6	8,2	1,1	2,5	80,4	0,0
20 – 34	3,0	3,9	3,8	7,0	2,7	1,5	80,9	0,2
35 +	3,5	4,1	3,7	8,4	2,3	2,2	78,3	0,9

Fonte INE (1998: 143)

O dados constantes do quadro 25 mostram que a nível nacional os centros de PMI-PF são mais procurados pelas grávidas para fazerem o pré-natal (80%). Cerca de 18% de mulheres que se dirigiram aos serviços de saúde, fizeram o controle pré-natal nas outras estruturas públicas de saúde, enquanto que apenas 2% o fez nas clínicas privadas.

Se levarmos em consideração que as actividades do PMI-PF estão integradas nas diferentes estruturas de saúde, quando se referem especificamente a essas estruturas é por que as actividades do PMI-PF ainda não estão provavelmente integradas nessas estruturas. Logo, tais actividades são levadas a cabo de forma isolada.

Analisemos o que se passa em relação aos profissionais que prestam a assistência à mulher na fase pré-natal, a partir do quadro 26 adiante indicado:

⁷² Já nos tínhamos referido a esse documento na primeira parte deste estudo. Dada a sua importância como indicador seguro do impacto de muitos investimentos realizados em Cabo Verde no domínio da saúde, tal como se sublinha no seu prefácio, voltaremos a citá-lo sempre que necessário, na certeza de que as suas informações contribuirão para o enriquecimento deste trabalho.

Quadro 26 Assistência à mulher na fase pré-natal e nas diferentes idades férteis, segundo profissionais que prestam cuidados em %

Idade da Mãe	N/Fez exame pré-natal	Médico(a)	Enfermeiro(a)	Auxiliar de Enfermagem	Parteira	Outro
- 20	1,6	13,6	68,4	17,4	0,0	0,5
30 – 34	3,0	14,2	66,1	18,9	0,1	0,7
35+	3,5	11,1	69,3	19,1	0,1	0,5

Fonte INE (1998: 145)

Verificamos, neste quadro, que a assistência pré-natal às mulheres é feita em grande parte não por médicos, mas sim por enfermeiros, o que traduz aquilo que afirmam os membros desta classe que trabalham no PMI-PF. Na verdade, esses técnicos mostram que é importante o seu trabalho na medida em que no dia a dia são eles ou elas que contactam na maior parte das vezes com as utentes que procurem os serviços do PMI-PF.

Mas esta situação justifica-se pela relação entre o número de médicos e de enfermeiros existentes no país, cuja razão indicada na primeira parte deste trabalho expressa-se em 1 médico para 2603 habitantes em 1999 e 1 enfermeiro para 1520 habitantes no mesmo ano. Esta diferença justifica-se pela existência no país, de duas escolas de enfermagem que funcionam regularmente na Cidade da Praia, em Santiago e na ilha de S. Vicente formando periodicamente levas de enfermeiros, enquanto que os médicos são formados unicamente no exterior e em contingentes inferiores.

2.2. Vacinação anti-tetânica

Para o caso da protecção da saúde da mulher, a vacina anti-tetânica durante a gravidez visa, de acordo com a bibliografia que temos vindo a citar, prevenir a mulher contra o tétano obstétrico, devido às más condições de higiene em que na maioria das vezes é realizado o parto. Para tal protecção, a mulher deve receber duas doses de vacina embora seja suficiente apenas uma dose se tiver recebido a vacina durante a gravidez anterior.

Vejamos como se traduz a situação de Cabo Verde nesta matéria, em meados dos anos 90, a partir das respostas dadas pelas mulheres interrogadas por ocasião da realização do Inquérito Demográfico e de Saúde Sexual e Reprodutiva, espelhado no quadro seguinte.

Quadro 27. Número de injeções recebidas pela mulher na fase pré-natal em meados dos anos noventa

Idade da mãe	Nenhuma	1 dose	2 ou mais doses	Não sabe
- 20	9,7	37,3	51,5	1,6
20 - 34	13,9	39,5	38,0	8,6
35+	17,8	37,9	35,7	8,5

Fonte: INE, (1998:146)

Pelos dados inseridos no quadro 27 a nível nacional, os mesmos indicam que 77% das mulheres que tiveram filhos vivos nos meados dos anos 90 foram vacinadas (39% receberam uma dose e 38% duas doses ou mais) e 15% não receberam nenhuma dose de vacina. Cerca de 8% das mulheres declararam não saber se receberam ou não vacina durante a gravidez.

2.3. Morbilidade e mortalidade materna durante a gravidez, no parto e pós parto

Os dados aqui expostos referem-se aos meados dos anos 90, como mencionámos anteriormente, exactamente aos cinco anos anteriores à data da realização do Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva, em 1998.

Relativamente à morbilidade na fase pré-natal, a documentação consultada mostra que a prevalência desse indicador manifesta-se nas mulheres cabo-verdianas na seguinte ordem de importância e respectivas percentagens: no plano da diminuição da vitalidade do organismo ou fácil cansaço (42%), inchaço nos pés (33%), dores de cabeça (32%) e visão turva (20%)

Durante o parto, os dados do INE, (1998: 153) aludem à prevalência de certos problemas nas mulheres, destacando a ruptura da bolsa de água num período maior que 24 horas antes de começarem as dores e a sua duração prolongada, bem como parto muito prolongado (superior a 24 horas).

A fonte acima referida revela que apenas 2% das pessoas inquiridas declararam ter ruptura de bolsa de água prolongada e 24% dos partos foram prolongados 14% tiveram ruptura de bolsa de água antes de começarem as dores do parto.

As informações relativas à morbilidade durante o período pós-parto (seis meses após o parto), obtidas também a partir desta publicação do INE são resumidas segundo o habitat no quadro seguinte:

**Quadro 28. Percentagem da morbilidade durante o período pós-parto
resultante de uma gravidez em meados dos anos 90**

Habitat	Sangram. vaginal intenso	Desmaio	Febre c/ calafrios	Infecção nos seios	Dor e ardor ao urinar	Corrimentos vaginais c/ mau cheiro	Perda ivoluntár de urina
Urbano	5,7	2,5	10,2	6,3	5,7	6,6	3,7
Rural	6,2	2,0	10,7	5,6	4,9	1,7	2,4
Total	6,5	2,2	10,5	5,9	5,2	2,5	2,9

Fonte (INE 1998: 158)

Ao analisarmos este quadro ficamos com clara ideia de que febre com calafrios é o principal problema declarado pelas mulheres.

3. Indicadores do planeamento familiar

Neste ponto destacaremos, os aspectos relacionados com a saúde familiar, cuja relação com a prevalência contraceptiva será estabelecida, apurando as implicações para a saúde da mulher com a origem na multiplicidade e precocidade das gravidezes, na ocorrência das DST/SIDA e na prática do aborto.

A análise deste tipo de indicador consiste em saber quais os índices de utilização dos métodos modernos de contracepção, numa série de anos numa dada realidade social.

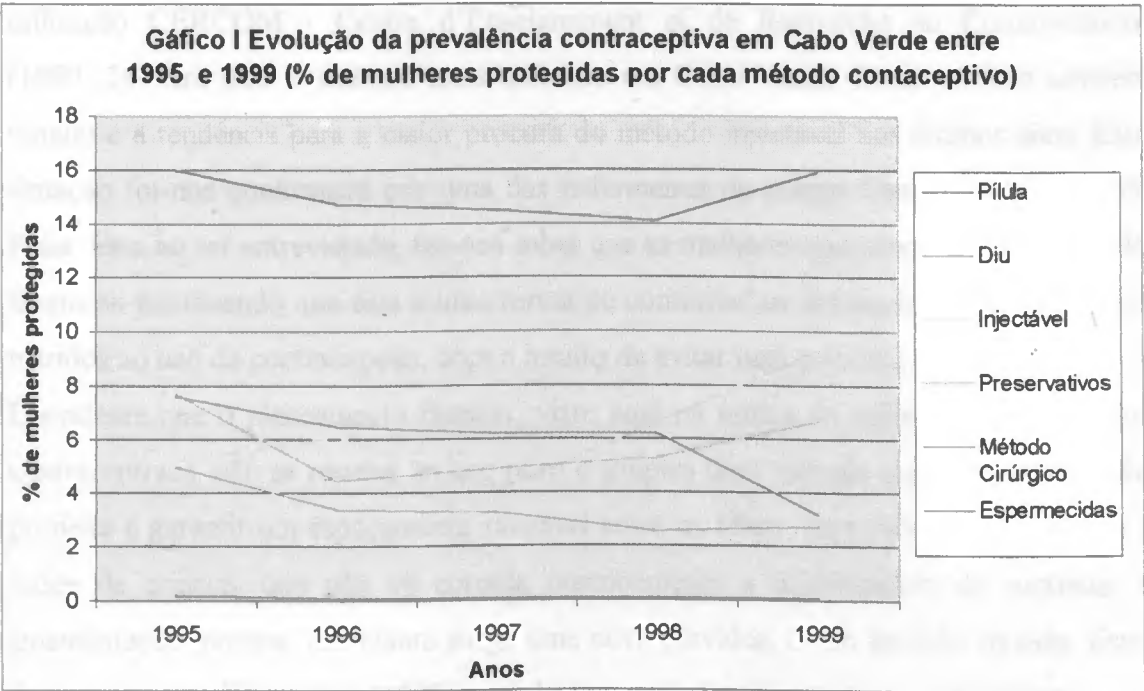
No caso deste indicador baseamo-nos também em estatísticas oficiais do Ministério da Saúde, cujos dados disponibilizados se referem a uma sequência de cinco anos compreendida entre 1995 e 1999, espelhada no quadro seguinte:

**Quadro 29. Evolução da prevalência contraceptiva em C. Verde entre 1995 e 1999
(% de mulheres protegidas por um método contraceptivo).**

	1995	1996	1997	1998	1999
Pílula	16	14,7	14,5	14,1	15,9
Diu	5	3,4	3,3	2,6	2,8
Injectável	5,2	6,1	4,1	6,6	9,3
Preservativos	7,7	4,5	4,9	5,3	6,7
Espermecidas	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Método Cirúrgico	7,6	6,5	6,2	6,2	3,2
Total	41,7	35,3	33,1	34,9	38

Fonte: Estatísticas fornecidas pelo GEP do Ministério da saúde, conforme o anexo IX . Convém sublinhar que há alguns totais que não coincidem com o anexo atrás referido porque foram corrigidas algumas somas feitas na fonte original.

Se, por um lado, o quadro acima dá uma ideia sobre a evolução da prevalência contraceptiva em Cabo Verde na segunda metade da década de 90, o gráfico I a seguir indicado ilustra ainda melhor esta variação. Vejamos o que nos revela este gráfico.



Fonte: Estatísticas fornecidas pelo GEP do Ministério da Saúde de Cabo Verde

Ao fazermos a leitura do quadro e do gráfico acima, notamos que a taxa de prevalência contraceptiva se aproxima em termos globais, no período entre 1995 e 1999, dos 40%. Temos a sublinhar, no entanto, que não obstante a tendência de declínio das percentagens de 1995 a 1997, é evidente o salto dado a partir desse último ano até 1999. É provável que essa tendência se tenha verificado, e reflectido, aquilo que nos foi declarado pela DN do PMI-PF, ao ser auscultada no âmbito deste estudo. Se bem que, ao compararmos as informações prestadas, com os dados elaborados em anos precedentes e constantes de alguns anexos a que já nos referimos, suscitaram em nós alguma curiosidade, informações com certa contradição em relação aos dados de anos anteriores, ainda que não muito díspares.

Assegurou-nos a DN do programa que a taxa de prevalência contraceptiva terá atingido os 50% em finais do ano 2000. A crermos nestes dados, a eventual melhoria estará certamente relacionada com o reforço substancial do trabalho a favor da saúde reprodutiva, em face da maior intervenção de Centros ou outras estruturas de informação e aconselhamento nestas matérias, quer por iniciativa do estado, quer pelo

maior protagonismo das ONGDs ou projectos de desenvolvimento, nos últimos anos em Cabo Verde.

Verificamos igualmente na análise deste gráfico que a pílula, método contraceptivo cujas vantagens se traduzem nomeadamente na sua grande eficácia e facilidade de utilização CERCOM - Centre d'Enseignement et de Recherche en Communication, (1989: 24) tem sido o método mais utilizado em Cabo Verde. Facto curioso também notado é a tendência para a maior procura do método injectável nos últimos anos. Esta situação foi-nos confirmada por uma das enfermeiras do antigo Centro de PMI-PF da Praia. Esta ao ser entrevistada, fez-nos saber que as mulheres que procuram esse método fazem-no justificando que esta é uma forma de contornar os obstáculos colocados pelos maridos ao uso da contracepção, com o intuito de evitar uma próxima gravidez.

É evidente que o planeamento familiar, visto aqui na óptica da utilização dos métodos contraceptivos, não se resume ao uso puro e simples dum método qualquer. A intenção primeira é garantir um espaçamento razoável entre os filhos, para salvaguardar não só a saúde da criança, que não vê cortada precocemente a possibilidade de continuar a amamentação, porque entretanto surge uma nova gravidez, como também da mãe. Esta, de acordo com Wenngren, (1988) quando tem períodos de gravidezes sucessivos e com pequenos intervalos enfraquece a sua condição física.

O dado demonstrado pelo gráfico e que pode suscitar alguma preocupação tem a ver com as taxas de utilização de preservativos. Estes são tidos, não só como método contraceptivo, mas também como protector contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e prevenção contra o HIV-SIDA, tal como se refere num documento produzido por uma ONG que intervém nesta área, BEMFAM-Bem-Estar Familiar do Brasil, (1997: 9). É uma vez que o gráfico dá indicação duma fraca utilização deste método contraceptivo, estes dados vêm confirmar aquilo que apuramos junto dos entrevistados, para quem, existe a mentalidade de que o uso de “camisinha” retira o prazer sexual. Há que salientar que nos referimos ao preservativo masculino, comparativamente ao uso da pílula que é usado pela mulher.

Em última instância, acentua a bibliografia consultada, o uso dos métodos contraceptivos, ao permitir aumentar o intervalo entre gravidezes, reduz o número de filhos por mulher, o que pode, no caso de Cabo Verde, contribuir para desacelerar o crescimento da fecundidade.

CAPÍTULO VII

ANÁLISE DOS PADRÕES DE INTERVENÇÃO E DAS POSIÇÕES CRÍTICAS À ACTUAÇÃO DO PMI-PF

Neste capítulo abordaremos em primeiro lugar a problemática da integração do PMI-PF nos serviços de saúde em Cabo Verde, e a questão da articulação intersectorial das actividades do PMI-PF. Num segundo momento reflectiremos sobre algumas posições críticas acerca da actuação do programa.

1. A problemática da integração dos serviços de PMI-PF nas diferentes estruturas de saúde

Antes de mais temos a realçar que, no momento em que o projecto foi desenhado, definiu-se uma estratégia que previu a instalação de clínicas de saúde materna infantil separadas e com o seu pessoal e administração próprios. Assim, de acordo com Brolin e Larsson, (1993: 28), a maioria das clínicas criadas ficaram separadas das instituições de saúde então existentes. Deste modo, concebeu-se à partida uma orientação vertical, fruto de uma estratégia consciente para que se pudesse concentrar no programa fundos substanciais susceptíveis de dar resultados positivos e imediatos.⁷³

Só que passados alguns anos esta orientação vertical, sob a forma de administração separada e implantação de clínicas específicas, revelou-se ser um obstáculo ao processo de integração do programa nas estruturas de saúde, quando se procurou caminhar neste sentido.

1.1. Irreversibilidade e repercussão do processo de integração

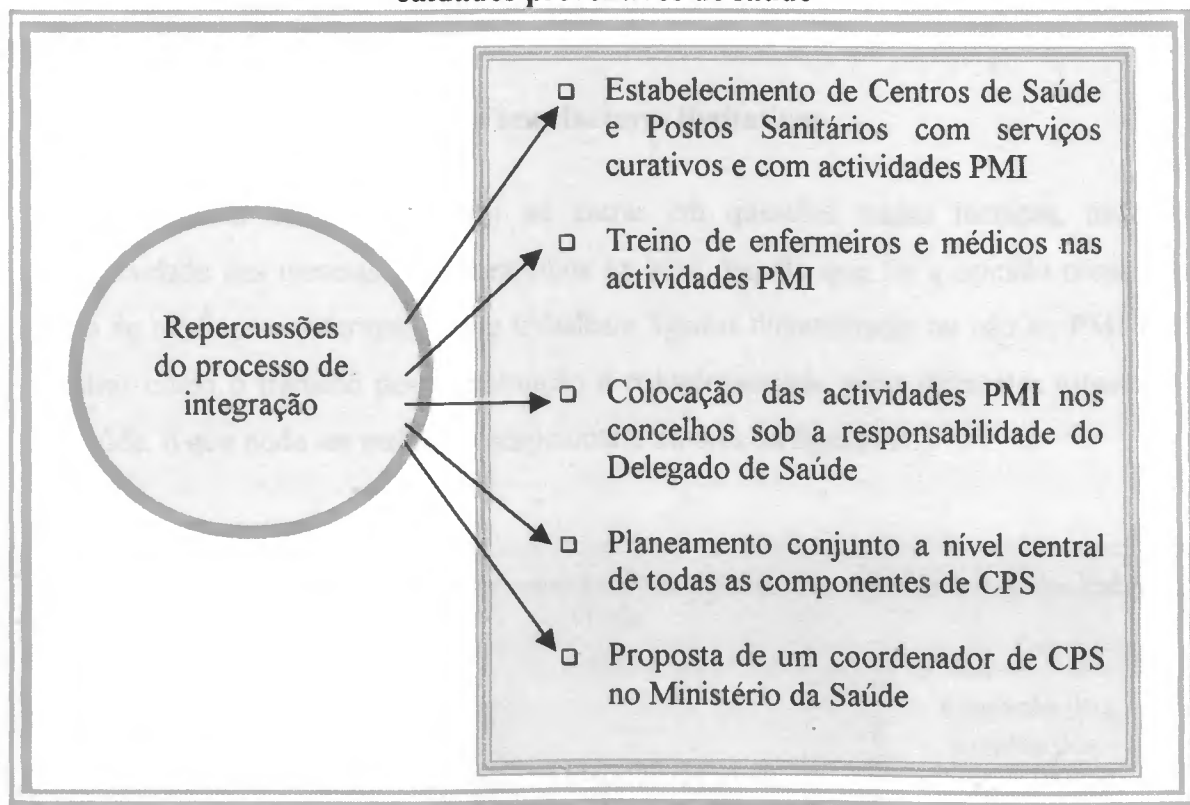
Não obstante os factores limitativos que acompanharam o processo de integração das actividades do PMI-PF nas outras estruturas sanitárias, tornou-se irreversível esta nova forma de procedimento, a ponto de ser reconhecido na documentação consultada por volta de 1981 que os objectivos do programa deveriam alcançar resultados que haveriam de se traduzir na inclusão de quase todos os Cuidados Preventivos de Saúde

⁷³ Há quem entenda, entre a classe dirigente do Ministério da Saúde, que esta estratégia surge na sequência da grande prioridade aos cuidados preventivos de saúde, resultante da mudança de atitude face à organização dos cuidados de saúde em Cabo Verde. É igualmente aceite que, se terá reflectido sobre o risco que pudesse correr um projecto com orientação para a saúde preventiva, em ser absorvido pelos serviços curativos.

(CPS), o que só veio a ser conseguido através duma estratégia de funcionamento em articulação com as diferentes estruturas de saúde.

O esquema seguinte permite constatar as repercussões para as actividades do PMI-PF ocorridas na sequência deste processo de integração.

Figura X. Esquema de repercussão da integração do PMI-PF na prestação de cuidados preventivos de saúde



Fonte Concebido pelo autor, a partir de Brolin e Larsson, (1993: 29)

O esquema acima apresentado ilustra, de forma clara, a maneira como o processo de integração pode ter contribuído para a difusão das acções do programa para os Centros de Saúde e Postos Sanitários⁷⁴, o alargamento da formação do pessoal técnico, a responsabilização dos delegados de saúde face às actividades do PMI e a coordenação ao nível do planeamento das diferentes actividades orientadoras, incluindo as do PMI-PF.

Na sequência do desencadeamento da integração, cujas repercussões acabámos de evidenciar, verificamos que por volta de 1986, tal como sublinham os autores atrás referidos, o projecto tinha sido bem sucedido na integração das suas valências: PMI, PF

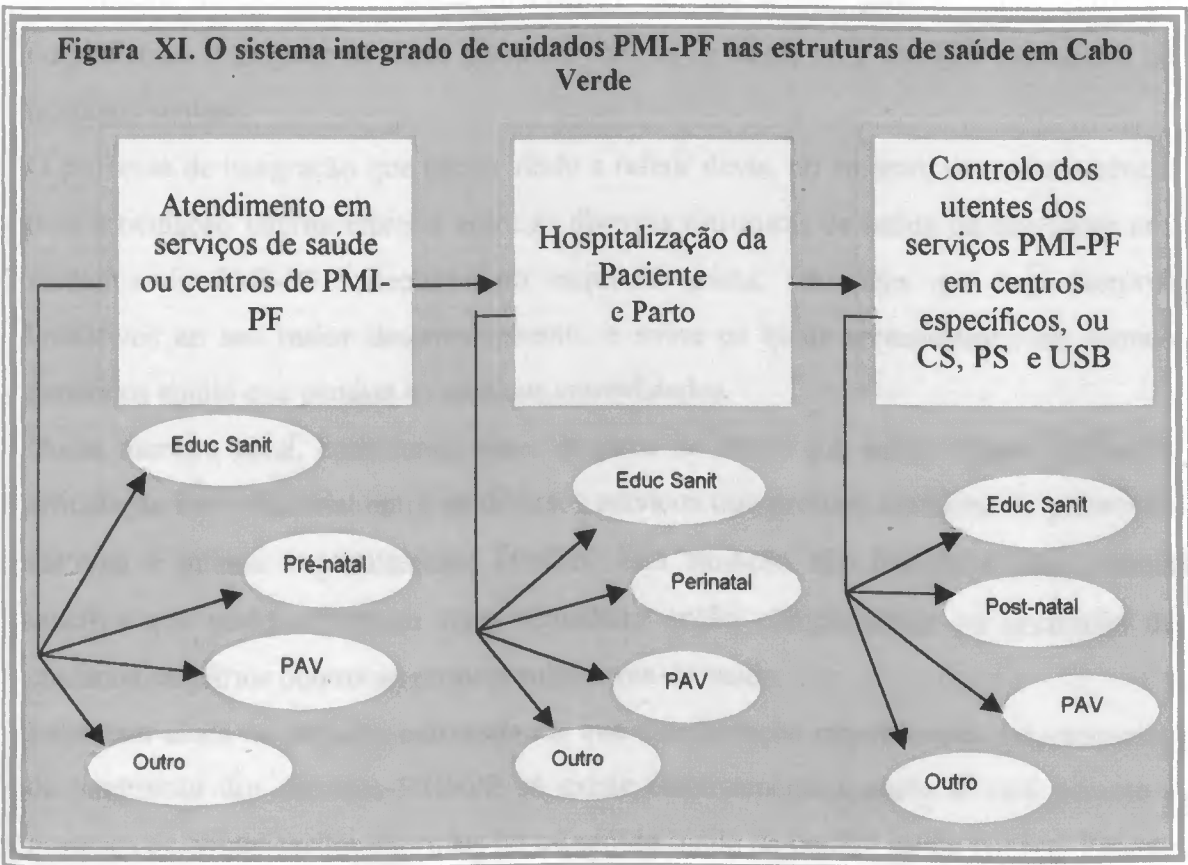
⁷⁴Não se refere às Unidades Sanitárias de Base porque estas só tiveram uma efectiva difusão pelo país posteriormente

PAV, Nutrição e Educação para a Saúde, e por isso, a funcionar em colaboração com outras estruturas, tais como: centros de saúde, postos sanitários e hospitais.

Volvidos os cerca de 24 anos de vigência do programa, é hoje reconhecido por todos os técnicos (médicos e enfermeiros) ligados ou não directamente ao PMI-PF, que foram entrevistados, que a integração nas estruturas de saúde é um dado adquirido e que os resultados deste processo se espelham na vulgarização das valências acima referidas na maior parte das formações sanitárias.

1.2. A integração como sistema e seus factores limitativos

Neste particular sem o propósito de entrar em questões muito técnicas, dada a complexidade das mesmas, procuraremos na base daquilo que foi a opinião recolhida junto de médicos e enfermeiros que trabalham ligados directamente ou não ao PMI-PF, mostrar como o trabalho desta instituição é complementado pelas diferentes estruturas de saúde, o que pode ser melhor percebido através da figura XI.



Fonte: Concebido pelo autor a partir de vários documentos, e auscultação de Técnicos do PMI-PF.

A leitura da figura XI permite ver que perante uma situação de gravidez a mulher dirige-se ao serviço de saúde que lhe é mais acessível. Aí é-lhe prestado cuidados preventivos de PMI-PF, a começar pela vigilância no período pré-natal, incluindo a vacinação e educação sanitária. Esses serviços são, de acordo com a DN do Programa, médicos e enfermeiros a quem entrevistamos⁷⁵, prestados por técnicos treinados nos serviços já descritos anteriormente.

Ao fim e ao cabo, a utente entra para um sistema de cuidados integrados de saúde, em que, ainda que seja a articulação interna de carácter pontual, tal como a ela se referem os técnicos auscultados, essa complementaridade permite o acompanhamento da grávida, e seguimento da criança. Este sistema integrado traduz-se também nos encaminhamentos necessários dos utentes devidamente documentados, e com informações resultantes dos diagnósticos efectuados nos mesmos e assinalados em fichas e verbetes próprios⁷⁶.

Em certos casos, como por exemplo perante a emergência de complicações e dependendo de estrutura para onde se dirigiu a utente, esta é conduzida ou para enfermeiros mais experimentados em PMI-PF ou especialistas ginecologistas obstetras ou pediatras, consoante os casos afectos a centros de saúde ou a serviços específicos de hospitais centrais.

O processo de integração que temos vindo a referir devia, no entanto, ter como essência uma articulação interna efectiva entre as diversas estruturas de saúde no que tange aos cuidados de PMI-PF reflectidos no esquema acima, não sem que haja factores limitativos ao seu maior desenvolvimento, e sobre os quais apresentamos em termos genéricos aquilo que pensam os técnicos entrevistados.

Duma maneira geral, consideram esses quadros de saúde que sendo apenas pontual a articulação intra-sectorial entre os diversos serviços que prestam cuidados de protecção materna e infantil e planeamento familiar, esta situação não beneficia uma sintonia efectiva que poderia permitir uma verdadeira acção complementar na prestação de cuidados sanitários dentro do próprio subsistema de saúde.

Salientam ainda os mesmos entrevistados que a articulação impulsionada pelo processo de integração dos serviços PMI-PF só existe efectivamente quando se está perante a presença de complicações anormais no estado de saúde da mulher ou da criança. Perante

⁷⁵ Tivemos o cuidado de ouvir médicos e enfermeiros muito experimentados no trabalho de PMI-PF, ligados ou não directamente ao Programa.

⁷⁶ Apresentamos exemplos desses documentos, inseridos neste trabalho, como anexo X e sub anexos Xa, Xb Xc e Xd

esta situação, são accionados excepcionalmente os canais que permitem os encaminhamentos necessários para outras estruturas.

Finalmente, há a sublinhar que a desejada articulação sistemática que se deveria traduzir numa relação rotineira e com retorno permanente na comunicação entre as diversas estruturas e técnicos envolvidos na prestação dos mesmos cuidados em matéria de saúde da mulher e da criança e planeamento familiar, permitiria que as pessoas fossem diagnosticadas sempre por pessoal devidamente preparado. A este respeito entra nesta discussão o problema da existência em número suficiente desse tipo de pessoal e de meios técnicos. Estes factores, aliados a outros constrangimentos relacionados com a gestão dos recursos humano funcionam igualmente como elementos de bloqueio ao maior desenvolvimento da integração dos cuidados de PMI-PF nas distintas estruturas de saúde, sublinharam os nossos informantes.

Mas o trabalho em prol da saúde da mulher e da criança e do planeamento familiar não se restringe aos esforços desenvolvidos isoladamente pelos serviços que integram a pirâmide sanitária em Cabo Verde. Requer também a acção concertada com outros sectores da vida nacional, que analisaremos em seguida.

2. Articulação intersectorial do Programa

A estratégia de articulação entre o Ministério da Saúde e os diferentes organismos públicos, tais como educação, desenvolvimento rural, juventude entre outras, e com ONGDs, Organizações de Base Comunitária, Projectos de desenvolvimento etc, é ponto de referência para situarmos a acção concertada do programa PMI-PF com tais instituições.

Os pressupostos relativos à relação que deve existir entre o Ministério da Saúde e demais instituições a favor dum bom estado sanitário do país, são mencionados explicitamente na Lei Orgânica do Ministério da Saúde⁷⁷ (B.O. de Cabo Verde n.º 14/99: 420). Nesse dispositivo jurídico sustenta-se explicitamente que «(...)o Ministro da saúde articula-se com os demais ministros da área social (...)» a fim de assegurar a execução das políticas em matéria de saúde. O texto a que referimos pode induzir a que

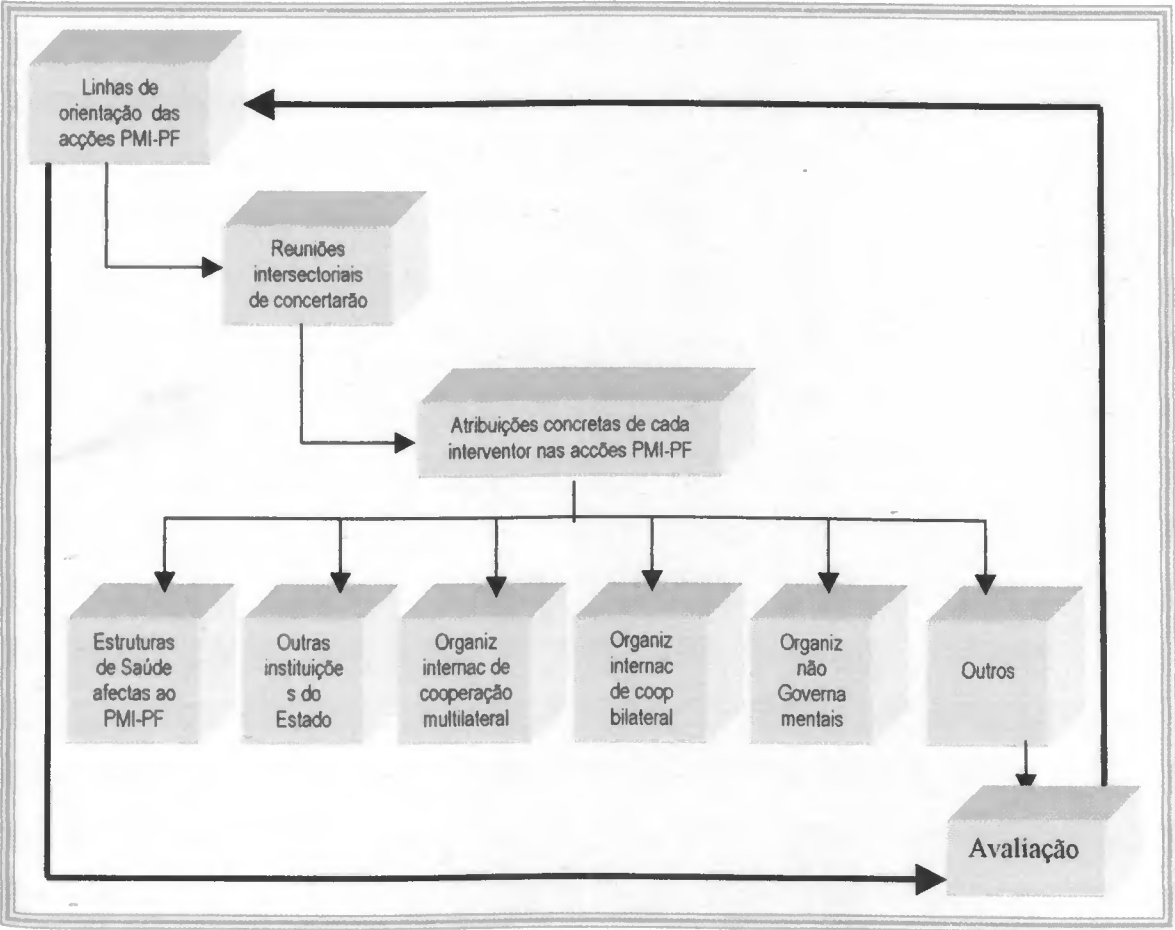
⁷⁷ O termo “articulação” é apontado ao mais alto nível da orientação das actividades do Ministério da Saúde, isto é, a função de direcção e orientação deste departamento do estado pelo seu titular – o Ministro. Daí se possa tirar ilações, que apontam no sentido de que, a acção dos demais responsáveis e seus colaboradores deva pautar-se pelo pressuposto acima enunciado e expresso na lei.

a partir do mesmos se possa fazer o enquadramento da articulação das actividades dos demais responsáveis e serviços com outros organismos que actuam em prol da saúde em Cabo Verde.

Os pressupostos acima enunciados testemunham dão efectivamente cobertura ao esforço de realização de acções concertadas entre os diversos sectores da vida nacional para a promoção da saúde da mulher, da criança e planeamento familiar, reconhecida por todos os entrevistados como sendo uma realidade. Não obstante esta constatação, as mesmas fontes salientam que os obstáculos colocados ao nível da coordenação e implementação de acções estão por detrás de muitas deficiências, também admitidas como facto real, na concretização dos objectivos dos programas e projectos de população e desenvolvimento em curso no país.

Mas neste processo interactivo a favor das actividades do PMI-PF não entram apenas as instituições do estado, mas também muitos dos organismos atrás mencionados. Vejamos que leitura pode suscitar o esquema de articulação a seguir proposto.

Figura XII. Esboço esquemático da articulação inter-sectorial do PMI-PF



Fonte: Elaborado pelo autor a partir de vários documentos produzidos pelo PMI-PF e seus parceiros, dados recolhidos em entrevistas e inspirado no esquema global da Política Nacional de População em Cabo Verde

Ao olharmos para a figura XII reportamo-nos de imediato àquilo que vem consagrado na lei orgânica do Ministério da Saúde. Nessa legislação prevê-se, como vimos, o princípio da articulação entre o Ministério da Saúde e áreas concretas como a da Educação, ao mais alto nível, indicando as funções do próprio ministro no domínio da direcção e orientação da complementaridade em prol da saúde.

Ao ser enunciada nesse dispositivo jurídico a complementaridade de actividades no domínio da educação para a saúde em articulação com o Ministério da Educação, este facto reporta-nos, entre outros aos planos de estudo de diferentes níveis de ensino, mais concretamente aos programas de formação pessoal e social aplicados nos vários anos do ensino secundário, Ministério da Educação (1996: 16).

Nestes documentos fica expresso que um indivíduo jovem, ao qual se incutiu o «sovoir faire» que o ajudará a planificar a sua vida futura, tem muito mais hipóteses de, por exemplo, evitar uma gravidez e de compreender o lugar da sexualidade na sua existência.

Estas referências da articulação entre o Ministério da Saúde e da Educação a favor do desenvolvimento de acções nas esferas onde actua o PMI-PF não completam a teia de relações. Interagem também neste processo organizações vocacionadas para este tipo de trabalho. São os casos de: FNUAP, através do projecto de Educação em Matéria de População e para a Vida Familiar EMP/EVF, que apoia não só a educação para a saúde no quadro das actividades escolares mas igualmente no das actividades extra-escolares; Secretaria de Estado da Juventude, organismos internacionais de cooperação multilateral e bilateral deste últimos destacando-se os casos dos projectos da cooperação luxemburguesa, alemã ou outros na oferta de serviços específicos de saúde reprodutiva através da experiência de Centros de Informação e Aconselhamento da Juventude (CIAJ). Estas instituições para além de participarem na oferta dos serviços atrás citados, prestam o apoio à formação em certos domínios de intervenção do PMI-PF, não só ao público alvo mas também a agentes que trabalham directamente com beneficiários desse tipo de actividade.

Importa, finalmente, referir que pudemos apurar nas entrevistas efectuadas no âmbito deste trabalho que, ao serem apontadas sugestões para a melhoria da articulação entre os diversos intervenientes no domínio da saúde materna infantil e planeamento familiar, foram postos em evidência constrangimentos, que de certo modo têm funcionado como entraves à concretização de alguns projectos.

Por exemplo, ficou claro que a duplicação de serviços junto dum mesmo público, não obstante os esforços no sentido a evitar, não só satura como também implica utilização de recursos de certo modo desnecessários, pelo que se torna imperioso uma melhor exploração de sinergias e racionalização de meios materiais e financeiros.

Igualmente, a instabilidade de pessoal à frente de serviços cuja actuação requer a concretização de atribuições concertadas com parceiros tem contribuído para perturbar a continuidade dessas acções, requerendo permanentes recomeços, desperdício de formações ministradas e experiências ganhas que se perdem.

Referimo-nos, por fim, ao peso particular da filosofia e valores que servem de base à actuação de cada instituição, aliados aos objectivos individuais de cada um. Estes factores chocam com os esforços colectivos. A actuação com base nestes princípios prejudica, em certos casos, a articulação desejada e tem reflexos nos resultados, os quais algumas vezes não são os melhores.

2. Posições críticas emergentes do interior do próprio sistema

Neste ponto analisaremos, em dois momentos, as considerações feitas pelos nossos entrevistados a propósito daquilo que tem contribuído o PMI-PF para o desenvolvimento sócio-demográfico do país. Evidenciaremos, ainda, aquelas posições dos mesmos informantes sobre os aspectos negativos resultantes de situações que prejudicam o bom funcionamento dos serviços.

Ora, neste primeiro momento se nos afigura realçar que a abertura com que os técnicos abordam as questões permitiu-nos apurar que, quase em unanimidade, reconhecem que o seu trabalho tem contribuído em última instância para ajudar a ultrapassar os constrangimentos que o crescimento demográfico vem impondo ao desenvolvimento económico e social em Cabo Verde.

De modo mais específico, admitem, tal como nos reporta grande parte da bibliografia consultada, que se verificaram progressos enormes na redução da mortalidade infantil, quer nas crianças dos 0 a 1 ano, quer nas crianças menores de cinco anos em geral, da mortalidade perinatal e neo-natal. Ao nível do planeamento familiar, fazem notar que apesar da complexidade subjacente a essa vertente do seu trabalho, o que têm feito ao nível da educação sanitária fica demonstrado no aumento das taxas de prevalência contraceptiva com o decorrer dos anos. Enfim, os técnicos congratulam-se com certas condições de trabalho criadas nos últimos tempos, que de algum modo contribuem para

um melhor desempenho. Porém, não deixam de tocar nas questões que consideram ser elementos de bloqueio do sistema.

Em primeiro lugar, ficou evidenciada a necessidade de resgatar algumas boas experiências anteriores que muito ajudaram a promover o desenvolvimento da saúde ao nível da protecção materna-infantil no passado, nomeadamente: a realização de visitas domiciliárias de forma rotineira, o trabalho com a comunidade, a reposição de quadros e serviços, tais como psicólogos e apoios sociais às crianças mal nutridas, para apoiarem o trabalho dos técnicos do programa.

Em segundo lugar, ficou patente a ideia, que também pessoalmente partilhamos, segundo a qual, o que está na origem do afastamento dos técnicos do PMI-PF do trabalho da comunidade é a pressão existente sobre os serviços, o que leva a que o labor desses agentes se fixe no atendimento individual diariamente. Mas este facto testemunha um nível de acompanhamento da evolução do sector e criação de condições de saúde que não respondem às demandas dos últimos tempos, particularmente da cidade da Praia, de longe o maior centro de concentração populacional do país. Vejamos um exemplo paradigmático:

No caso da educação, tem-se notado que praticamente todos os anos a partir de finais dos anos 80 e inícios de 1990 se vem praticamente construindo um liceu por ano, ao mesmo tempo que se multiplicam salas de aula para o ensino básico, por que as exigências do crescimento demográfico assim o exigem. No caso da saúde, o volume de construção de infra-estruturas de saúde e consequente alocação de recursos não tem acompanhado esse crescimento demográfico no caso da cidade-capital, aponta para um ritmo de 4,1% ao ano, tal como nos revela o INE (2000: 16).

A agravar os problemas relacionados com a exiguidade de infra-estruturas mas também de recursos humanos e técnicos, chama-se atenção para uma gestão pouco rigorosa destes recursos, o que em certos casos acaba por sobrecarregá-los ainda mais no seu trabalho, desmotivá-los e daí, as consequências para a execução plena das atribuições.

4. Exame crítico das forças vivas da sociedade

Para a maioria dos entrevistados, o programa PMI-PF tem contribuído para a redução do Índice Sintético de Fecundidade (ISF) em Cabo Verde, na medida em que, na opinião desses elementos que integram a massa crítica da sociedade, o programa tem abrangência a nível nacional. Acentuam ainda mais os entrevistados que se hoje

podemos falar da redução do ISF com tendência a aproximar-se dos 4 filhos por mulher, é efectivamente graças ao trabalho desenvolvido no âmbito da saúde materna e planeamento familiar.

Contudo, ao ser abordada especificamente a vertente PF, esta é considerada como algo que é hoje mais visto como um item daquilo que se tem como saúde reprodutiva, que na opinião dos entrevistados responde mais aos novos padrões sócio-culturais de Cabo Verde.

O PF é, no dizer de alguns desses críticos, um conceito que já estaria ultrapassado para a realidade actual do país, tendo em conta o posicionamento de boa parte dos indivíduos que compõem a sociedade cabo-verdiana face ao conceito de família. Revelam igualmente os nossos entrevistados que o conceito de planeamento familiar é tido por muita gente como sendo o controlo da natalidade – conceito demasiado insuficiente - e talvez, asseguram a dado passo, ser nesta lógica que se tomou a Lei de Interrupção Voluntária da Gravidez (LIVG).

No entanto, sendo entendido o PF como planeamento da fecundidade, o conceito ganha maior consistência e pode até traduzir uma das linhas mestras propostas para a sua implementação, ou seja, tendo como pano de fundo o direito essencial de cada pessoa, homem ou mulher, ser livre de decidir pô-lo em prática e no decorrer da decisão de a cada um, serem assumidas as responsabilidades de forma individual.

Importa, porém, salientar que não obstante a maioria dos nossos entrevistados terem uma boa opinião acerca do trabalho do PMI-PF, existem aqueles que o apreciam negativamente. Este tipo de opinião é justificado por esses entrevistados pelo facto do Programa ter deixado de fora do seu controlo grupos importantes da sociedade - pontuando nesta exclusão o próprio homem, sendo que este considera os problemas relacionados com a protecção materna-infantil tarefa da mulher. Segundo estes entrevistados, existem grupos de dimensão significativa, onde o número de filhos por mulher, tem pelo contrário, aumentado. Esta referência é direccionada às famílias de baixo rendimento, onde a problemática dos papéis entre homem e mulher tem um peso a que se deve dar atenção. Sobre este assunto apresentaremos uma breve análise nas conclusões, enquadrando-o naquilo que se tem hoje em dia, como novo paradigma do desenvolvimento.

Ao tipo de apreciação negativa acima referido associa-se um outro, que vem daqueles que consideram a fraca adesão dos adolescentes à forte estratégia de educação sanitária. O exemplo mais acabado disso refere-se às críticas feitas a propósito da introdução

duma disciplina no currículo do ensino secundário, cujos pilares assentam nomeadamente, na formação pessoal do adolescente em questões relacionadas com a sexualidade.

Com efeito, num artigo recentemente publicado num dos jornais mais lidos no país - A Semana - é atacado o problema da gravidez na adolescência, Pereira (2001: 16-17), apontando-se fortes críticas à disciplina de Formação Pessoal e Social (FPS)¹, direccionadas em última instância à própria escola, e aos pais. É que esses são acusados de permitirem ainda muito cedo aos filhos frequentarem certos meios propiciadores duma relação mais íntima entre as pessoas, situações que no seguimento de Moura, (1997: 913-924), também expõem os adolescentes e os jovens à influência das relações e acções dos outros.

Não escapam do mesmo modo ao crivo da opinião expressa no periódico cabo-verdiano atrás referido, os tribunais, que poderiam prevenir tais situações com medidas previstas na lei, já que muitas vezes, uma gravidez na adolescência arrasta consigo um crime de violação. À própria sociedade vai-se, no dizer de alguns dos nossos entrevistados, diminuindo a capacidade de exercer o controlo social e assim vai perdendo certos valores.

A gravidez precoce, é com efeito, considerado como um dos aspectos negativos mais salientes na apreciação do trabalho do PMI-PF, pela opinião pública, sobretudo ao ser abordada a questão do planeamento familiar na adolescência. Mas também no que tange ao envolvimento do homem em geral nas questões de PMI-PF, a ideia geral é que ele é um elemento quase estranho ao processo, devido aos estereótipos que cria a respeito de certos métodos contraceptivos e à mentalidade que em geral “carrega” relativamente aos papéis sociais dele e da mulher na família e na sociedade.

Por esta razão o programa começa a delinear uma estratégia de intervenção que se insere no que é entendido na actualidade, como novos paradigmas de desenvolvimento que se vai desenhando, com reflexos neste tipo de abordagens e que teremos oportunidade de retomar na parte conclusiva, a seguir apresentada.

¹ Trata-se duma área curricular relativamente nova no ensino secundário em Cabo Verde cuja finalidade é preparar os adolescentes e jovens entre outros aspectos da sua formação pessoal, a tomada de consciência da sua sexualidade e a transmissão de conhecimentos sobre a educação sanitária nomeadamente a saúde sexual e reprodutiva.

CONCLUSÃO

O resultado da investigação com base na qual elaborámos este trabalho permite-nos apresentar em jeito de síntese o conteúdo esboçado ao longo deste trabalho, para em seguida vermos em que medida os novos paradigmas do desenvolvimento podem influenciar os serviços de saúde materna infantil e planeamento familiar. Esta nova perspectiva sobre as questões de saúde reprodutiva tem como referência não só o futuro que se desenha no quadro dos consensos internacionais como, também, a essência da actuação desse tipo de instituição no quadro duma dada realidade societal como é o caso da especificidade cabo-verdiana. As repercussões advinientes são óbvias para processo de desenvolvimento, no mesmo inserindo a relação que deve existir entre as inovações nas áreas de intervenção do programa estudado e a problemática dos papéis sociais da mulher.

Recuperando o essencial do trabalho

Este estudo analisa o programa PMI-PF como estratégia de população e desenvolvimento em Cabo Verde. O mesmo foi concebido segundo um esquema construído ao longo das investigações e dividido em duas partes fundamentais. Na primeira pusemos em relevo o contexto de actuação do PMI-PF como um todo, e na segunda explanámos análises globais sobre a organização, funcionamento e impactos do Programa. Às duas primeiras partes que acabamos de apresentar segue esta conclusiva onde, mais à frente, vem evidenciado a relação que se possa fazer hoje, entre um programa de desenvolvimento do tipo PMI-PF e os novos paradigmas do desenvolvimento.

A primeira parte revelou-se como momento ideal para trazer à luz o debate teórico sobre a problemática do crescimento demográfico e desenvolvimento. Permitiu-nos constatar uma combinação feita entre a teoria e a prática, traduzida esta última nas estratégias seguidas em Cabo Verde, com reflexos na Política Nacional de População e Desenvolvimento, no perfil sócio-económico e demográfico do país, e no quadro legislativo proposto para dar cobertura às questões de natureza demográfica com incidência no progresso sócio-económico do país.

Ao analisarmos as teses sobre as questões de população e desenvolvimento, salientámos a estrutura mental assente no princípio da população, concebido por Malthus. Conforme

vimos, esse pensamento foi defendido por estudiosos posteriores – neomalthusianos - que fizeram, porém, questão de mostrar os seus pontos de divergência que marcam as diferenças fundamentais em relação à tese inicial. Mas ao reflectirmos sobre as concepções defendidas pelos neo-malthusianos temos que admitir uma relação muito forte entre as suas teses e as estratégias de população e desenvolvimento definidas para Cabo Verde, traduzidas na existência do Programa PMI-PF. Este não tendo como fim o controlo da natalidade, almeja no entanto, o planeamento da fecundidade num quadro amplo de intervenções na área de saúde reprodutiva, onde se insere como uma componente o planeamento familiar.

Aprofundando um pouco mais o contexto de actuação do Programa, traçamos o perfil sócio-económico e demográfico de Cabo Verde e fizemo-lo inserindo o país na sua sub-região da África ao Sul do Sahara, para depois destacarmos uma caracterização genérica do arquipélago, pondo em relevo os principais indicadores económicos do país, a sua situação social e os aspectos demográficos. Neste item tratámos com algum pormenor as dinâmicas demográficas, penetrando um pouco na longa duração. Nos períodos mais recentes estudámos as componentes do crescimento demográfico, tais como: natalidade, fecundidade, mortalidade e migrações.

Completámos a contextualização fazendo o enquadramento estratégico das questões de população e desenvolvimento em Cabo Verde, salientando os seguintes aspectos: as características gerais da política nacional de população e desenvolvimento, com realce para as políticas sectoriais nos domínios de educação e saúde, entre outros sectores relevantes.

Do quadro legislativo analisado destacam-se a Constituição da República, o Código de Família, legislação em matéria de saúde pública bem como da segurança social, e a lei de bases do sistema educativo.

Chegámos ao fim da primeira parte dando a conhecer as medidas institucionais e orgânicas que servem de suporte à estratégia de população e desenvolvimento em Cabo Verde.

Na segunda parte apresentámos de forma sucinta, o percurso histórico do PMI-PF, no qual apontámos as componentes do programa, as suas actividades e os processos de transformação ocorridos ao longo da sua evolução.

De seguida aprofundámos um pouco mais a sua estrutura de organização e funcionamento realçando o seu suporte institucional e linhas gerais de actuação, bem como os recursos que sustentam o funcionamento, deste programa ao longo dos anos.

Ao analisarmos em profundidade os reflexos das suas actividades naquilo que designámos como impactos do programa no país, destacamos os indicadores de sobrevivência e protecção infantil, os índices de saúde materna e de planeamento familiar.

Fizemos igualmente uma ligeira incursão nos padrões de intervenção do programa partindo duma abordagem empírica das suas acções inter e trans-sectoriais, evidenciando algumas opiniões críticas sobre a sua actuação, vindas quer do seu interior, quer das forças vivas da sociedade.

O desenvolvimento das pesquisas efectuadas e o conteúdo da bibliografia consultada levou-nos a concluir da elevada importância do Programa PMI-PF na geração de mudanças demográficas e sociais em Cabo Verde. Sendo certo que, o seu processo interno de desenvolvimento, a estratégia de cuidados integrados de saúde em sintonia com outras estruturas sanitárias, a sua articulação com outras instituições do estado, organismos internacionais de cooperação multilateral e bilateral e outros, fizeram dessa instituição um programa de desenvolvimento de sucesso, como de resto atestam os dados que apresentámos ao longo deste trabalho. Durante todo o seu percurso histórico captou-se fundos, executou-se programas específicos e maximizou-se vontades, neste último aspecto, com as limitações que ficaram expressas nas páginas interiores. Mas também é sabido que as referências sobre a evolução de Cabo Verde nas últimas três décadas apontam para a existência de estruturas, socio-culturais e indicadores económicos acima da média dos chamados PVDs, o que associados aos esforços de desenvolvimento no âmbito da saúde materna-infantil terá contribuído para a mudança social interna ocorrida.

É, também nossa convicção que, muito provavelmente, para o seu enquadramento com resultados óbvios num contexto particular, onde o fenómeno migratório tem presença acentuada e consequências positivas e negativas marcantes para a sociedade, é lícito pensar que esse fenómeno poderá, funcionando no sentido positivo, ter também influenciado o desenvolvimento verificado, enquanto veículo de transmissão de valores e conhecimentos adquiridos por cidadãos cabo-verdianos na diáspora.

O PMI-PF e os novos paradigmas do desenvolvimento

Achamos pertinente incluir nestas linhas de conclusão uma rápida discussão sobre aquilo que representam hoje os novos paradigmas do desenvolvimento, enquanto factor

susceptível de produzir influência na concretização das actividades de Programas do tipo PMI-PF. O novo conceito de progresso traz, por um lado, uma filosofia de base reflectida nos consensos internacionais, espelhados no exemplo paradigmático das recomendações da Conferência do Cairo em 1994 sobre População e Desenvolvimento, com benefícios evidentes para uma nova abordagem da prestação de serviços, como é o caso dos de saúde reprodutiva.

Como ficou claro acima, existe hoje um quadro teórico que propõe uma nova filosofia para a compreensão de fenómenos sociais do tipo daqueles com que lida o PMI-PF, demais instituições congéneres e outras estratégias de desenvolvimento que têm lugar em realidades societais específicas como é o caso de Cabo Verde

Neste novo prisma de análise se pontuam variadas heterodoxias modernas face ao paradigma dominante do desenvolvimento. Tais reflexões, que enformam o quadro teórico global de análise da problemática do desenvolvimento na actualidade, têm proporcionado questionamentos sobre certas políticas propostas não só por organismos internacionais, mas também pelos próprios governos. Na lógica das tendências emergentes, representadas entre muitos outros investigadores, por Comeliau (1996: 12), aquelas políticas constituem violências simbólicas, apesar de tudo aceites².

Colocado deste modo o debate teórico sobre a problemática do desenvolvimento, parece pertinente a questão da relação entre as políticas adoptadas em Cabo Verde em matéria de população e desenvolvimento, particularmente no que tange às actividades de protecção materna infantil e planeamento familiar - objecto deste estudo - e os comportamentos individuais ou colectivos próprios da realidade societal cabo-verdiana nesta matéria.³

Tais comportamentos funcionam, na perspectiva dos novos paradigmas do desenvolvimento, como determinantes societais da racionalidade individual. Como é de se supor, o efeito das medidas de política concebidas sob o ponto de vista teórico para um contexto diferente – convém realçar que é nossa convicção que na dialéctica entre o contexto universal e o quadro particular haverá sempre rejeição do elemento estranho a

² Para Comeliau, violência simbólica significa, neste caso, a imposição dum modelo teórico de desenvolvimento criado para uma realidade diversa daquela para a qual foi criado. Isto acontece na sequência do pensamento baseado no princípio da universalidade da ciência económica. Este facto tem proporcionado o levantamento de vozes críticas, que se sustentam na ideia de que a teoria de desenvolvimento concebida, sob a pretensão universalista deve ser submetida ao crivo da aplicação às realidades resultantes de comportamentos individuais ou colectivos com especificidades próprias.

³ Esta relação pode ser feita, segundo Mahieu (1989:pp 725-751), através da confrontação da teoria económica com as particularidades do comportamento económico relativo a um caso concreto. Nas suas reflexões o autor focaliza o caso africano.

essa realidade específica, quando não se procura adequá-lo a esse contexto – estará condicionado por esses determinantes sociais da racionalidade individual e poderá resultar em desfasamento entre a política e a realidade local.

É neste quadro que se inscrevem os consensos conseguidos a nível mundial para a abordagem das questões de população e desenvolvimento, onde também se inserem os problemas específicos de saúde materna infantil e planeamento familiar em íntima ligação com aquilo que é entendido por Friedman (1996) como políticas de desenvolvimento alternativo para os países em vias de desenvolvimento, como é o caso de Cabo Verde.

Nesta relação este autor parte do exemplo das condições de vida da mulher nos contextos sociais desses países e analisa a problemática dos papéis sociais das mulheres.

Analizando as condições das mulheres nos contextos sociais desses países mostra o autor que o papel materno, sobre o qual e para o caso de Cabo Verde muito debruçámos ao longo do trabalho e que constitui terreno de actuação do PMI-PF, reforça a sua subordinação na ordem patriarcal que é característico do Arquipélago, ainda que não tão acentuada como em muitos países. Este facto retira àquela mulher que integra as famílias de baixo rendimento a capacidade de decisão, particularmente no domínio da planificação da fecundidade. Por isso, o ISF nesse grupo social é geralmente alto. Para o caso de Cabo Verde isto constitui facto real, já, que como vimos, se ISF geral se aproxima dos 4 filhos por mulher, temos que admitir que existindo igualmente uma relação directa entre o nível sócio-económico e cultural da mulher, como revela a documentação consultada, e a fecundidade na camada feminina mais pobre e menos escolarizada, existirão no país índices de fecundidade muito acima da média e por isso elevadas tal como sublinha Friedman, ao analisar a realidade dos PVDs.

Uma observação crítica que se impõe

Estamos convencidos que a realidade atrás descrita há-de pairar por muito tempo sobre um país pobre como Cabo Verde. No entanto, os dados apresentados ao longo deste trabalho, nomeadamente os relacionados com os indicadores de saúde materna-infantil e planeamento familiar e outros evidenciados ao longo das nossas investigações, testemunham aquilo que aceitamos como hipótese defensável à partida. Isto é, contrariamente ao que certos pesquisadores ainda pensam, a intervenção a favor da prosperidade de um país usando uma estratégia do tipo PMI-PF, inter-relacionada com

outras abordagens similares dos problemas do desenvolvimento, pode ter um impacto real na vida das pessoas, ainda que a longo prazo, susceptível de gerar um progresso sustentado.

As melhorias da esfera social como são as operadas em Cabo Verde mas que têm reflexos em todos os domínios do desenvolvimento dum país, não têm infelizmente visibilidade imediata ou transparente, na evolução do rendimento *per capita*, que muitos teimam em apresentar como indicador exclusivo capaz de evidenciar o grau de desenvolvimento dum país no curto prazo.

Mas os indicadores presentes neste estudo provam que estratégias combinadas segundo uma lógica inter e trans-sectorial são propiciatórios ao desenvolvimento a longo prazo. Estas traduzem-se nas linhas de actuação presentes nas políticas de população e desenvolvimento, como é o caso do PMI-PF, hoje transformado em Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, na sequência dos consensos internacionais subscritos por Cabo Verde.

Esse desenvolvimento a longo prazo para o caso do arquipélago parece ter dado já sinais de alguma evidência e tem character multifacético, pois traduz a elevação do nível de vida das pessoas numa forma geral e em todas as dimensões do desenvolvimento humano. Particularmente nos domínios de actuação do Programa, que constituiu foco deste trabalho, é evidente a maior extensão das suas acções, a um público mais amplo, possibilitaram aumento do acesso à informação, educação e orientação sobre a sexualidade humana, saúde reprodutiva e paternidade responsável, aconselhamento e prestação de serviços em matéria de planeamento familiar, educação e prestação de serviços relativos ao seguimento pré-natal até ao parto e seguimento pós-natal, bem como promoção do aleitamento natural e seguimento do crescimento da criança.

Mas, como acabamos de salientar, foram apresentados ao longo do trabalho os avanços verificados vendo o país e a realidade das acções desenvolvidas numa forma genérica. No entanto particularidades de alguns espaços geográficos e a própria qualidade dos serviços deixam transparecer realidades e indicadores abaixo da média nacional. Tais situações não foram analisadas em pormenor neste trabalho por imperativos de espaço mas vamos no entanto deixar aqui de forma muito sintética alguns aspectos que caracterizam essa realidade no que se refere às questões que têm a ver com a esfera de actuação do programa PMI-PF.

Por exemplo é por um lado, reconhecido pelas autoridades sanitárias e pela bibliografia consultada que, existem problemas relacionados com a acessibilidade dos serviços PMI-

PF, sobretudo no meio rural. Por outro, admite-se sem reservas que os adolescentes e jovens na faixa etária 15-19 anos, estão demasiado expostos aos males que afectam a saúde sexual e reprodutiva já que, a crer nos dados do INE (1998), entram relativamente cedo na vida sexual activa (16,3 anos em média para as meninas e 15,3 para os rapazes). Esta exposição às enfermidades como por exemplo as DST/HIV-SIDA, decorre de grande parte das relações sexuais desprevenidas, cujo impacto é visível na gravidez precoce que é relevante para o caso de Cabo Verde, (13,6%) de acordo com o FNUAP (2001). Neste particular as situações mais preocupantes no país e que estão acima da média nacional manifestam-se em concelhos rurais, como Santa Cruz com 19,5% e Tarrafal com 17,5% - na ilha de Santiago - e, em Santo Antão: Porto Novo com 16% e Paúl com 15,6%.

Em relação aos homens em particular, a sua fraca cobertura com serviços PMI-PF explica de certo modo, a diminuta utilização de alguns métodos contraceptivos, caso dos preservativos, como tivemos a oportunidade de ver ao longo deste trabalho, apesar da sua capital importância na prevenção das DST/SIDA.

No que tange a camadas mais vastas da população é evidente que a prevalência contraceptiva apresenta-se relativamente baixa a nível nacional (33%) em 1998, FNUAP (2001), com situações apreensivas para nalgumas regiões do país tais como: Santa Catarina (13,3%), Santa Cruz (16,7%), Tarrafal (18,9%), em Santiago; 16,0% na ilha do Fogo e 25,7% no concelho do Paul em Santo Antão; a fecundidade continua elevada 4,0 filhos por mulher a nível nacional sendo mais alta no meio rural (4,9); os casos de HIV-SIDA triplicaram de 1994 a 1998.

Devido às especificidade referidas e outras não enunciadas, prevê-se uma acção mais sólida no novo quadro de actuação do nível Programa Nacional de Saúde reprodutiva, criado a partir do programa PMI-PF e que dizem respeito a: prevenção e tratamento da infertilidade; prevenção e acção visando reduzir os malefícios do aborto e das suas complicações; despistagem e tratamento das infecções do parêlo genito-urinário e das doenças sexualmente transmissíveis e o HIV/SIDA; prevenção e combate às complicações ligadas à gravidez e ao parto; e, rastreio precoce dos cancros de mama e do aparelho genital masculino e feminino (Ministério da Saúde 2000:7).

Em suma, todo trabalho no novo contexto visa implicar de forma mais envolvente o homem, os jovens, atacar a gravidez indesejada e o aborto. No futuro, é nossa percepção, maior envolvimento do sector privado, ONGDs, projectos de desenvolvimento e a comunidade será salutar a resolução de problemas de população e

desenvolvimento, entre os quais os de saúde reprodutiva em Cabo Verde, já que a acção combinada do programa com actividades de outras instituições ajudará ainda mais a ultrapassar os constrangimentos demográficos colocados ao processo de desenvolvimento.

Não queríamos terminar este trabalho sem referir o facto de sermos gente que aparentemente não tem nada a ver com as questões sanitárias, a investigar uma área tão especializada. Trata-se, efectivamente, de um tema, que é suposto ser terreno exclusivo dos médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde. No entanto, ao se concretizar um trabalho baseado num assunto desta natureza e com o nível académico que tem, por alguém que não é nem médico nem qualquer outro técnico de saúde, fica evidente a necessidade do envolvimento de quadros de outras áreas na abordagem das questões do foro preventivo de saúde, sobretudo para ajudar os profissionais de saúde no equacionamento dos problemas relacionados com informação, educação e comunicação em matéria de saúde. Estes poderão dar um contributo de valor para a melhoria da saúde reprodutiva das mulheres, homens e crianças de Cabo Verde, entendida como procura constante de um bem estar físico, mental e social e não mera ausência de doença ou enfermidade em todos os aspectos relativos ao sistema reprodutor bem como as suas funções e processos MSI – Medical Student International (1998: 13).

Apesar de tudo e finalizando, afigura-se-nos salientar que, se foi nossa pretensão inicial esgotar o tema, enganados estávamos. Pois, agora sabemos, que muito “terreno” haverá ainda por “desbravar” nesta área do conhecimento em Cabo Verde, palco onde decorreu primordialmente as investigações no âmbito deste trabalho.

BIBLIOGRAFIA

- Adepojo, (1997) Family, Population and Development, London and New Jersey, Zed Books ltd.
- Afonso, Maria M. (1996), Cooperação para o Desenvolvimento: características, evolução e perspectivas futuras, Lisboa, CIDAC.
- Aip (1992), Guia de Cabo Verde, Guiné Bissau, Senegal – Estudo De Oportunidades Para As Empresas Industriais Portuguesas, Lisboa.
- Aip (1997), Estudo de oportunidades para as empresas industriais portuguesas, Lisboa.
- Alves Maria Inês, (1996), As ONG na política Comunitária para Desenvolvimento, Lisboa, CIDAC – Centro de Informação e Documentação Amílcar Cabral.
- Associação Cabo-verdiana para a Protecção da Família – VerdeFam (1998), Relatório Anual de 1997, Praia.
- Associação de Apoio a Auto-promoção da Mulher – MORABI (1998), Programa 1998-2001, Praia .
- Banco Mundial (1991), Relatório sobre a População Mundial, Brasil, Fundação Getúlio Vargas
- Banco Mundial (1993) Relatório sobre a População Mundial,
- Banco Mundial (1997) Relatório sobre a População Mundial, Porto, instituto Nacional de Estatística – Delegação Norte,
- Banque Mondeal (1982), Rappor sur le developpement dans le Mmonde Amelioration des Niveaux de vie, Washington.BM.
- Banque Mondeal (1994), Rapport sur le Developpement, dans le Monde Washington BM
- Barros, Carlos (1994), Decisões de investimento e financiamento de Projectos. Lisboa
- BELL, G 1997, Como realizar um projecto de Investigação, Gradiva Lisboa.
- Bemfam-Bem-Estar Familiar do Brasil (1997), Como evitar Doenças Sexualmente Transmissíveis, Rio de Janeiro, Ministério da Saúde do Brasil.
- OMS (1992), Maternité sans risques n° 9 Genebra OMS
- Bjorn Wenngren (1988), PMI-PF –Protecção Materna-Infantil em Cabo Verde 1977-1987, Uma Avaliação Retrospectiva, (sem local de edição) Radda Barnen.
- Bogdan, R E Biklen, S (1997), Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos, Porto Editora.

Borges, J. (1997), A Diáspora Cabo-verdiana e a sua influência na evolução sócio-económica do arquipélago, Lisboa, ISEG-UTL

Brito, A. e Semedo J.M.(1995), Nossa Terra Nossa Gente – Introdução à Geografia de Cabo Verde, Praia ,PFIE,

Brohman, J. (1995),Theories du developement: le caractère réducteur du modèle néolibérale, Problèmes Économiques, nº referente a Novembro de 1995.

Brolin e Larsson (1993), A Protecção Materna - Infantil em Cabo Verde: Cabo Verde, Uma avaliação da ajuda da Radda Barnen, Praia Cabo Verde

Biaye, Mady (1995), Análise Sumária da Situação demográfica de Cabo Verde, Praia, FNUAP.

Caldwel (1995), The population in African Change, in AFEJE and RADWAN S, (1995), Economic and Demographic in Africa, Oxford Clarendon Press.

Campos, Pedro C.M. de (1997), Elementos de Demografia estatística com aplicações à situação recente da População portuguesa, componente Científica apresentada no âmbito de aptidão pedagógica e capacidade científica sob orientação do professor Doutor João Tiago Mexia. Porto, Faculdade de Economia. U.P.

Carreira A.(1984) Aspectos Sociais, Secas e Fomes em Cabo Verde, Lisboa, Ulmeiro

Carreira, A (1983), Migrações nas ilhas de Cabo Verde, Praia, Instituto Cabo-verdiano do Livro.

Cassen R. Et al (1994), Population and development: old debate, new conclusion, New Brunswick Transition Publishers.

Centre D'enseignement Et De Recherche En Communication – Cercom (1989), Pour l'Espace des Naissances...La Pilule L'Association Ivoirienne pour le Bien-etre Familial, (sem local de Edição).

Centro De Vigilância Epidemiológica (1989), Inquérito de cobertura vacinal, Secretaria de Estado da Saúde de S. Paulo, S. Paulo.

Coale, A y Hoover Edgar M. (1965), Crecimiento y Desarrollo Económico México, Limusa-wiley S.A.

Comelieu, C.(1996), L'Economie à la Recherche du developpement, Paris PUF.

Conselho de Ministros (1999), Orçamento Geral do Estado para o ano económico de 1999-2000, Praia Cabo Verde.

Coquery-Vidrovitch, C.(1992), L'Afrique Noire, de 1800 à nos Jours, Paris, Presses Universitaires de France.

Ministério da Saúde (1999), Decreto-Lei nº24/99, Boletim Oficial de Cabo Verde nº 14/99-I Série pp. 420-426, Praia.

Direcção Geral de Alfabetização e Educação de Adultos – Ministério da Educação Ciência Juventude e Desporto (1998), Plano Curricular da educação Básica de Adultos, Praia.

Direcção Geral de Alfabetização e Educação de Adultos – Ministério da Educação Ciência Juventude e Desporto (1998), Projecto nacional de Apoio à Alfabetização e Educação de Adultos, Praia.

Direcção Geral de Estatística (1992), Censos /90 – 2º Recenseamento Geral da população e Habitação, Praia Cabo Verde.

Direcção Geral de Estatística (1995), Estrutura das famílias, Praia Cabo Verde, Ministério da Coordenação Económica.

Direcção Geral de Planeamento (1994), Segundo seminário Nacional sobre população e Desenvolvimento, Praia

Direcção Geral de Saúde/PMI-PF (1982), Manual de Educação Sanitária, Ministério da Saúde e Assuntos sociais

Direcção Geral de Saúde/PMI-PF (1982), Manual de Educação Sanitária na Protecção Materna-infantil, Praia, Ministério da saúde e Assuntos Sociais

Direcção Geral de Saúde/PMI-PF (1982), Protecção Materna- infantil, Praia, Ministério da Saúde e Assuntos Sociais.

Direcção Geral de Planeamento (1988), Primeiro Seminário sobre População e Desenvolvimento: Integração de variáveis demográficas na Planificação, Praia, Cabo Verde.

Direcção Nacional do PMI/PF (1996), Relatório de Actividades, Praia, Ministério da Saúde de Cabo Verde.

Direcção Nacional do PMI/PF (1997), Relatório de Actividades, Praia, Ministério da Saúde de Cabo Verde.

Direcção Nacional do PMI/PF(1998), Relatório de Actividades, Praia, Ministério da Saúde de Cabo Verde.

Dupret e Outras (1994), Análise da Situação actual dos Programas PMI/PF/PAV, Praia, Ministério da Saúde de Cabo Verde

Eco, H (1977), Como se faz uma tese em Ciências Humanas, Lisboa Editorial Presença
Enciclopédia Portuguesa e Brasileira (1945), Editorial Enciclopédia Lisboa/Rio de Janeiro

Etchepare M (1998), SIDA en Afrique, analyse par pays, Enda - Editions, Dakar.

- FNUAP (1988), Rapport de Mission sur l'évaluation des besoins d'aide em matiere de population Cap Vert.
- FNUAP (1998) A Situação da População Mundial, New York.
- FNUAP (1999), A Situação da População Mundial, New York.
- FNUAP (1999), Rapport National du Developpement Humain Cap Vert.
- Friedman J. (1996), Empowerment, Uma política de Desenvolvimento alternativo, Celta Oeiras Editora.
- Fundo Das Nações Unidas para a População (2001), Atelier de Formulação do Programa de Assistência do FNUAP à República de Cabo Verde 2002-2006: Relatório Final, Tarrafal, Cabo Verde, FNUAP.
- Fundo Das Nações Unidas para a População (2000), L' Etat de la population Mondeal 2000, New York, FNUAP
- Fundo Das Nações Unidas para a Infância (1998), Situação Mundial da Infância, Brasília UNICEF
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (2000), Situação Mundial da Infância, Brasília UNICEF
- Gendreau F.(1993), La Population de L'Afrique – Manuel de Démographie, Paris, Karthala.
- Chefia do Governo de Cabo Verde (1986), Programa de Governo 1986-1990, Praia.
- Governo de Cabo Verde (1989) Lei de Bases da Saúde n.º 62/III/89, *Boletim Oficial de Cabo Verde n.º 53/89 de 30/12/89*, Praia.
- Governo de Cabo Verde (1994), Relatório Nacional Sobre População e Desenvolvimento, Praia
- Governo de Cabo Verde, Programa de Governo (1991) Programa do I Governo Constitucional da II República, Praia.
- Governo De Cabo Verde/UNICEF (1993), Criança e mulher em Cabo Verde, análise de Situação, Praia, Cabo Verde.
- Le Goff, J. (1995), A Civilização do Ocidente Medieval, Editorial Estampa,Lisboa
- Governo de Cabo Verde/UNICEF (1999), Programa de Cooperação 2000-2004, analise de situação: criança e mulher em Cabo Verde, Praia Cabo Verde.
- Hibou, B. (1998), Banque Mondeal:les maifés du catechisme économique- L'exemple d'Afrique sub saharienne, Revista ESPRIT 1998 : 98 e sgs.

Hugon, P. (1999), *Economia de África*, Lisboa Vulgata,.

IMPACT – Projet du Population Refence Bureau (1990), *Images de la population Africaine* New Mexico USA

INE (2001), *Um olhar sobre o Analfabetismo em Cabo Verde*, Jornal A Semana n.º 509-2001: 20 Cidade da Praia Cabo Verde.

Instituto da Cooperação Portuguesa (1998), *Relatório de actividade 1997/98*, Lisboa

Instituto Nacional De Estatística (2000), *Resultados preliminares do recenseamento Geral da População e Habitação/2000*, Praia Cabo Verde

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1998), *Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva*, Praia, FNUAP/VerdFam.

International Federation Os Medical Students' Associations (1998), *Reprodutiv Healh*, Revista Medical Student International n.º 6 vol 3 – MSI, IFMSA Belgrade, Yugoslávia.

Lalanda, Piedade (1998), *Sobre a Metodologia Qualitativa na pesquisa Sociológica*, In *Análise Social*, revista do instituto de Ciências Sociais da Universidade Técnica de Lisboa, n.º 148 pp. 871-882, Lisboa UTL..

Lei n.º 103/III/90, que altera a Lei de Bases do Sistema Educativo, in BO de Cabo Verde/ n.º38/99, I- Série: 1042-1059.

Leston Bandeira M.(1996), *Teorias da população e modernidade: o caso português*, *Análise Social* n.º 135, pp. 7-12 Universidade de Lisboa.

Mahieu, F. R. (1989) *Principes Economiques et société Africaine*, Revue Tiers Monde, XXX, 120 pp 725-751.

Malthus R.Th.(1798), *Ensaio sobre o Princípio de População*, Publicações Europa - América.

Ministério da Coordenação Económica (1992), *Plano Nacional de Desenvolvimento – 1992/1995*, Praia Cabo Verde

Ministério da Coordenação Económica (1997), *Plano Nacional de Desenvolvimento – 1997/2000*, Praia Cabo Verde.

Ministério da Educação (1996), *Programa do 2º Ciclo de Formação Pessoal e Social*, 10º Ano de Escolaridade. Praia

Ministério da Saúde e Promoção Social/UNICEF (1996), *A saúde das crianças menores de cinco anos em Cabo Verde*, tomo I, estudo epidemiológico, Paria, Cabo Verde

Ministério do Emprego, Formação e Integração Social (2000), *Relatório Nacional sobre seguimento da Cimeira Mundial para a Criança*, Praia, Cabo Verde

Ministério do Plano e da Cooperação (1986), II Plano Nacional de Desenvolvimento, volumes I e II, Praia Cabo Verde.

Monteiro César (1997), Comunidade imigrada, visão sociológica, o caso da Itália, Praia Cabo Verde.

Motrial Thierry de et Jaquet P. Direction de (1993), Défis Africains, in Ramses/94 : Rapport Mondial sur le système et les Stratégies pp 331-349

Moura, F (1997), Delinquência juvenil, família e escola, *Análise Social* n.º 143/144: 913-924. Revista do Instituto de Ciências Sociais, da Universidade Técnica de Lisboa, ICS-UTL.

Nazareth, J. (1996), Introdução à Demografia, Lisboa, Presença.

OCDE (1984-1998), Geographical Distribution of Financial Flows to aid Recipients.

OMS/PAV (1988), Formação de quadros de nível médio em Avaliação da Cobertura Vacinal, Praia Cabo Verde

OMS/UNICEF (1989), Protecção , Promoção e Apoio ao Aleitamento materno: o papel especial dos Serviços materno-infantis, Genebra, Organização Mundial de Saúde

ONU/PNUD (1998), Relatório Mundial sobre o Desenvolvimento Humano de Cabo Verde, Praia.

Oppenheimer, J. (1991), A interdisciplinaridade na ciência económica, Para um projecto de renovação, Actas das primeiras jornadas Científico - Pedagógica do ISEG, ISEG – UTL Lisboa.

Oppenheimer, J. (1998), Desenvolvimento Económico e Democracia Política no Contexto do Ajustamento Estrutural, Texto apresentado ao I Congresso Português de Sociologia Económica, Fundação Caloust Gulbenkian, Lisboa.

Organização das Mulheres de Cabo Verde - OM-CV (2000), Brochura de apresentação, Praia Cabo Verde.

Organização Mundial de saúde (1992), Maternité sans risques n.º 9 Genebra, OMS

Peixoto João (1996), Evolução Demográfica e Modelos familiares: algumas notas sobre Portugal e Europa, Publicação Seriada do SOCIUS – Centro de investigação em sociologia Económica e das Organizações, Lisboa, ISEG – UTL.

Pereira, Marilene (2001), Meninas mães, *Jornal A Semana* n.º 509-2001: 16-17 Cidade da Praia Cabo Verde.

Plataforma Portuguesa das ONGD (1998), Guia das ONGD, Lisboa, Comité das ONG de Desenvolvimento Junto da união Europeia.

PNUD (1994), Relatório do Desenvolvimento Humano 1994, Trinova Editora, Lisboa

- PNUD (1994), Relatório Mundial sobre o Desenvolvimento Humano, Paris, Económica Paris.
- PNUD (1998), Relatório do desenvolvimento Humano de Cabo Verde, sem Local de Edição
- PNUD (1999), Relatório do Desenvolvimento Humano, Trinova Editora, Lisboa
Instituto da Cooperação Portuguesa (1993), Programa Indicativo da Cooperação Portugal- Cabo Verde 1999-20001, Lisboa
- PNUD (2000), Relatório do Desenvolvimento Humano/2000, Lisboa, Trinova Editora
- PNUD Cabo Verde (2000), Rapport National du Developement Humain, Cap Vert Portugal, Arte Comum.
- Preiswerk, Y. (1997), Criativité femmes et développemet, Genève IUD, PNUD, (1995) Relatório do desenvolvimento Humano
- Roger G. (1985), La population des îles du Cap Vert: Bilan démographique et projections à l'horizon 2000, Praia
- Roger Gilles (1985), Une Politic de Population? Atelier des realizations et d'etudes economics, FNUAP, Cap Vert..
- Rosa, M, JV,(1998), Notas sobre a População – a propósito da evolução recente dos nascimento, *Análise social n.º 145*, Revista de Ciências Sociais da universidade de Lisboa, Instituto de Ciências Sociais pp185-188.
- Rosa, M.J.V.(1996), Envelhecimento demográfico: proposta de reflexão sobre o curso dos factos, *Análise Social nº139*, revista do instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Instituto de Ciências Sociais: 1183-1197.
- Rosen James E. e Conly Shanti R.(1998), African Population Challenge: Accelerating Progress in Reproductive Health, *Population action international*, Washington DC, Country Study Series # 4.
- Sabino, António (1998), Desenvolvimento rural em Cabo Verde Praia.
- Sauvy A (1944), A População, Lisboa Livros do Brasil.
- Sauvy, A. (1979), Elementos de demografia, ZAHAR EDITORES, Rio de Janeiro.
- Secretaria De Estado De Cooperação e Planeamento (1982), Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento – 1982/1985 Praia Cabo Verde
- Serviços de Estatística e Censos de Macau (19930), Seminário internacional sobre população em Macau e no delta do rio das pérolas - comunicações Macau.

Silva R.E Gtorano J.B. (2000), Simpósium Nacional Sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva, Praia, Ministério da Saúde.

Sen Amartyia (1999), Pobreza e Fomes: um Ensaio Direitos e Privações, Lisboa, Terramar.

Silves M. (1988), Que é a Política Económica, Lisboa.

Sparks Donald L (1998), Economics trends in Africa South of Sahara, *Africa South of Sahara 1999*, Twenty-eighth Edition, Europa publications limited London.

Todaro M. (1977), Economics for developing world: An Introduction to Principals, Problems and policies for development, Lonman

Torres A. (1996), Demografia e Desenvolvimento: Elementos Básicos, Lisboa Gradiva.

Torres A. (1998), Horizontes do Desenvolvimento Africano, Vega Editora, Lisboa

UNICEF (1993), Enfants et femmes du Cap Vert: Analyse de situation, Praia

WORLD BANK (1993), Cabo Verde - A poverty study, Praia.

WORLD BANK (1994), World Development Report: Adjustment in Africa: Reforms, Results and the Road Ahead, Oxford, UP.

WORLD BANK (1998/99), World Development Report, Washington.

ANEXOS

I	Guião de entrevista
II	Ficha-resumo dos entrevistados
III	Estatísticas avulsas fornecidas pelo Gabinete de Estudos e Desenvolvimento do Sistema Educativo (GEDSE) – Cabo Verde
IV e IVa e IVb	Evolução de indicadores de recursos e de cobertura de saúde em Cabo Verde
V	Fluxograma das fases de desenvolvimento do Programa PMI-PF
VI	Organograma do Ministério da saúde
VII	Ficha de crescimento da criança
VIII	Evolução das dez principais causas de mortalidade infantil - número de óbitos e taxa por mil
IX	Cabo Verde: evolução da prevalência contraceptiva - % de mulheres protegidas por cada método contraceptivo
X (Xa, Xb, Xc e Xd)	Verbetes e fichas de acompanhamento das mulheres e crianças ao frequentarem os serviços de PMI-PF

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA

Instituto Superior de Economia e Gestão

ANEXO I - GUIÃO

ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE PARA A RECOLHA DE DADOS JUNTO DE INFORMADORES PRIVILEGIADOS NO ÂMBITO DA ELABORAÇÃO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**TEMA: ESTRATÉGIAS DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO EM
CABO VERDE - O CASO DO PMI-PF**

Preparado por Lourenço Gomes

Apoio bibliográfico:

Documentos vários do PMI-PF

LALAMBA, Piedade (1998), Sobre a metodologia qualitativa na pesquisa sociológica, in Análise Social, Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade Técnica de Lisboa, n.º 148 pp. 871 – 884.

Praia, Maio de 2001

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA – ISEG
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

TEMA: ESTRATÉGIAS DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO EM C VERDE - O
CASO DO PMI-PF

A sua opinião aqui deixada, será analisada com muito carinho, na medida em que acredito, que ela contribuirá de forma decisiva, para a qualidade do meu trabalho. Sugiro que compartilhe as suas respostas com alguém (ex, colega de serviço), que possa ajudar no aprofundamento das reflexões que vão enformar a sua opinião, na impossibilidade da realização de uma entrevista colectiva, tal como recomenda a literatura.

0.Qual o perfil da pessoa entrevistada?

Formação técnica _____ Anos de experiência _____ Serviço/Unidade
orgânica onde trabalha _____ Instituição _____
Função _____ Experiência anterior em: _____

1.Acha que este conceito “Planeamento familiar,” adapta-se actualmente aos padrões socioculturais, que sustentam as atitudes e valores das mulheres e dos homens em Cabo Verde, face ao controlo da natalidade e prevenção contra as DST/SIDA

() Sim

() Não

Porquê? _____

2.Considera que diante dos constrangimentos demográficos impostos ao desenvolvimento do país, o trabalho desenvolvido pela componente PF do Programa PMI-PF ...

() Opção 1 Tem contribuído significativamente e funcionado como factor preponderante para a redução da taxa de fecundidade em geral;

() Opção 2 Tem contribuído para a redução da fecundidade, mas existem grupos ou indivíduos, cujos comportamentos demonstram um efeito pouco visível do trabalho de PF junto dos mesmos

() Opção 3 (eventualmente sua) _____

3.Tenha o obséquio de fazer um ligeiro comentário acerca da opção ou opções apontada(s)?

4.Acha que a natureza educativa, do PF implica que o trabalho dos técnicos do PMI-PF, seja complementado por profissionais que labutam noutras áreas?

() Sim

() Não

4.1.Se sim, importa-se de indicar, por ordem de importância, ~~quatro~~ dessas áreas e respectivos profissionais?

4.2.Para que essa complementaridade seja eficaz, é necessário, que haja articulação entre as diferentes instituições cuja natureza de intervenção tenha relação com o trabalho do PMI-PF e Programa. Sendo assim, acha que:

() Essa articulação existe

() Devia existir

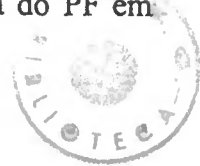
4.3.Se optar pela primeira opção e tendo em conta o trabalho que faz ou fez na sua instituição, aponte os níveis dessa articulação?

4.4.E já agora, descreva como se traduz essa articulação?

4.5. Considera que a colaboração, responde plenamente aos desafios da natureza do PF em particular?

() Sim

() Não



4.6. Se não, partindo-se da sua própria experiência, na instituição onde trabalha ou já exerceu uma actividade, importa-se de indicar, em que medida se pode contribuir para a melhoria dessa articulação?

4.7. Se optar pela opção “devia existir” explique, a que se devem os bloqueios a articulação?

5. Na sua opinião, o que explica a complexidade do trabalho da componente PF do Programa NAI-PTT AV. caso mencione que não exista, explique.

6. Considera que a diferença de papeis do homens e da mulher na nossa sociedade tem implicações na família e na situação da mulher e da criança, no que tange aos cuidados de protecção materna infantil e planeamento familiar?

() Sim

() Não

6.1. Se sim especifique tais implicações?

7. Na sua opinião, os padrões defendidos pelas instituições religiosas em matéria de aconselhamentos sobre a protecção materno infantil e planeamento familiar ajudam a prevenir a saúde da mãe e da criança e, a contribuir para a redução do tamanho das famílias?

() Sim

() Não

Justifique?

8. Não seu entender, qual a relação existente entre a satisfação das necessidades mais básicas como educação, alfabetização, emprego habitação, acesso a água) e os problemas de saúde, particularmente as de protecção materna infantil e planeamento familiar?

Muito obrigado!

ANEXO II - FICHA RESUMO DOS ENTREVISTADOS

Pessoal entrevistado	Função	Local de trabalho	Anos de experiência			Data
			01 - 10	10 - 15	+ de 15	
Pediatra	Directora Geral de Saúde	Ministério da Saúde		X		21-05-01
Ginecologista	Directora Nacional de PMI-PF	Direcção Nacional de PMI-PF		X		21-05-01
Ginecologista	Médica do PMI-PF	Centro de PMI-PF da Praia	X			08-05-21
Médica ao serviço duma ONGD	Responsável de Saúde Reprodutiva	MORABI		X		15-05-01
Antropóloga ao serviço duma ONGD	Directora Executiva	VerdeFam		X		18-05-01
Enfermeira dos serviços de ginecologia do Hospital da Praia	Enfermeira-Chefe	Hospital da Praia			X	10-05-01
Enfermeira do PMI-PF	Resp. Secção Infantil	Centro PMI-PF da Praia		X		08-05-01
Enfermeira do PMI-PF	Resp. Secção Maternal	Centro PMI-PF da Praia			X	08-05-01
Psicóloga	Directora do Ensino Secundário	Ministério da Educação		X		22-05-01
Psicóloga	Chefe Divisão Educação Adultos	Ministério da Educação		X		29-05-01
Sociólogo	Director Serviços Juventude	Câmara Municipal da Praia		X		25-05-01
Padre	Pároco na paróquia Nossa Senhora do Socorro	Praia	X			15-05-01

**ANEXO III – ESTATÍSTICAS DO ENSINO BÁSICO NO PERÍODO
1978 – 2000 FORNECIDAS PELO GABINETE DE ESTUDOS E
DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA EDUCATIVO**

Anos Lectivos	Anos de Estudos						Total	Salas	Turma	Professores
	1 Ano	2 Ano	3 Ano	4 Ano	5 Ano	6 Ano				
1978-79	13895	12853	10611	9251	2851	1656	51117	798	1826	1623
1979-80	15646	13737	12627	10219	3766	2041	58036	813	1732	1659
1980-81	14672	13295	12059	10798	3892	2868	57584	844	1750	1645
1981-82	14745	12404	10472	10481	4456	3194	55752	754	1514	1550
1982-83	14090	12050	10838	9969	4761	3240	54948	753	1497	1541
1983-84	14700	11816	10555	9617	4888	3619	55195	766	1521	1581
1984-85	15315	12230	10386	9813	5324	3608	56676	809	1594	1612
1985-86	15337	13002	10812	9411	5641	3861	58064	813	1658	1654
1986-87	15514	13077	11099	10013	5979	4540	60222	815	1694	1750
1987-88	16157	13512	11295	10109	6534	4645	62252	824	1720	1599
1988-89	16926	14154	11653	10532	6941	5573	65779	953	1983	2091
1989-90	15852	15242	12381	10660	7339	6276	67750	1092	1701	1596
1990-91-	15762	14771	13456	11374	8074	6386	69823	1156	1807	1724
1991-92	15822	14943	13273	12311	8835	7117	72301	1182	2115	1838
1992-93	16470	14863	13495	12083	9265	7350	73526	1231	2351	2380
1993-94	17708	15215	13726	12546	10192	8786	78173	1404	2506	2641
1994-95	18488	16523	13992	13059	12805	9079	83946	1465	2730	2762
1995-96	14782	20127	13365	14694	11383	12718	87069	1615	2931	2948
1996-97	14532	19116	15800	15113	12068	12039	88668	1647	3122	3119
1997-98	15430	18807	14592	17971	11991	12986	91777	1702	3215	3219
1998-99	14085	19799	14273	17753	13618	12995	92523	1702	3215	3249
1999-2000	13063	18636	14538	17792	12938	14669	91636	1700	3212	3333

ANEXO IV e IVa e IVb - EVOLUÇÃO DE INDICADORES DE RECURSOS E DE COBERTURA DE SAÚDE EM CABO VERDE

Evolução de alguns indicadores de recursos

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Médico por Habitante	1/3460	1/3500	1/3290	1/3023	1/2794	1/2844	1/2541	1/2603	1/2603
Enfermeiro por Habitante	1/1713	1/1758	1/1596	1/1728	1/1710	1/723	1/1452	1/1520	
Razão Médico/Enfermeiro	2.0	2.0	2.1	1.8	1.6	1.6	1.8	1.7	
Camra por Habitante	...	1/629	1/498	1/468	1/490	1/415	1/568	1/569	1/626

Fonte: GEPI/Ministério da Saúde, Praia, 2000

Cabo Verde: Evolução de alguns indicadores de cobertura de saúde

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Cobertura Vacinal <1 ano		80.1	75.4	68.5	69.1	66.6	70.0	61.0	61.3
média de controlo de Crianças < 1 ano		7.6	7.4	6.0	6.5	6.7	6.4	6.4	
Prevalência Contraceptiva (%)		23.5	31.3	33.4	34.1	35.4	33.2	35.4	40.7
Média de consulta pré-natal		3.4	3.6	3.2	3.2	3.2	3.1	3.7	3.8
Partos assistidos					

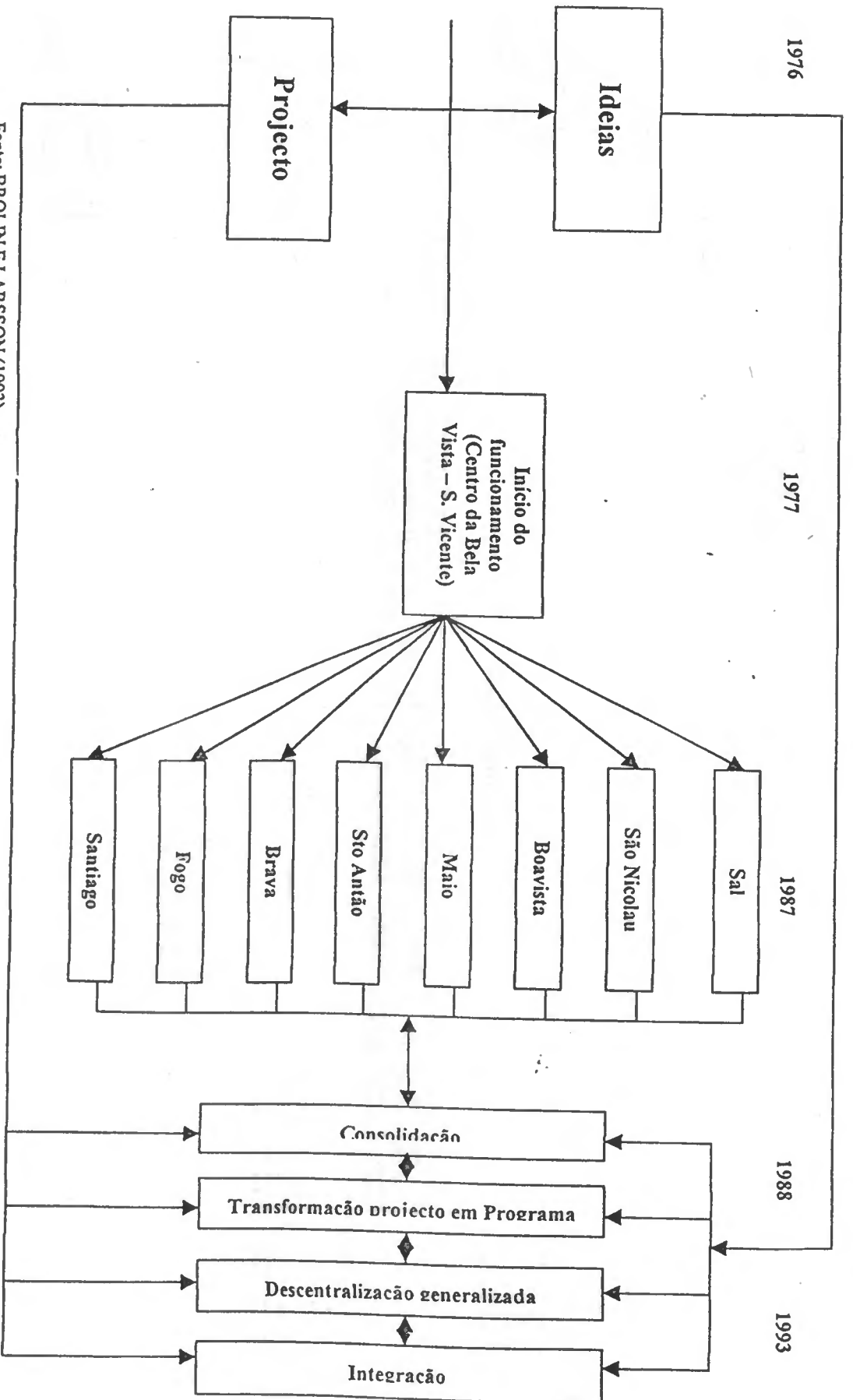
Fonte: Anuário Estatístico da PHU/PF, Ministério da Saúde, Praia, 2000

Cabo Verde: Evolução da cobertura vacinal em menores de 1 ano e prevalência contraceptiva

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
BCG	93.5	80.8	96.8	83.8	86.9	80.4	84.3	75.5
Pólio	90.6	78.1	80.9	77.0	79.4	76.7	79.0	69.6
Tripla	91.0	78.5	80.4	77.3	80.7	77.8	79.5	69.2
Sarampo	81.5	73.0	70.9	69.7	72.4	82.2	65.5	60.7
Comp. Vac.	75.4	65.8	66.3	64.2	66.6	70.0	61.0	61.4
Prevalência Contraceptiva	23.5	31.3	33.4	34.1	35.4	33.2	35.4	40.7

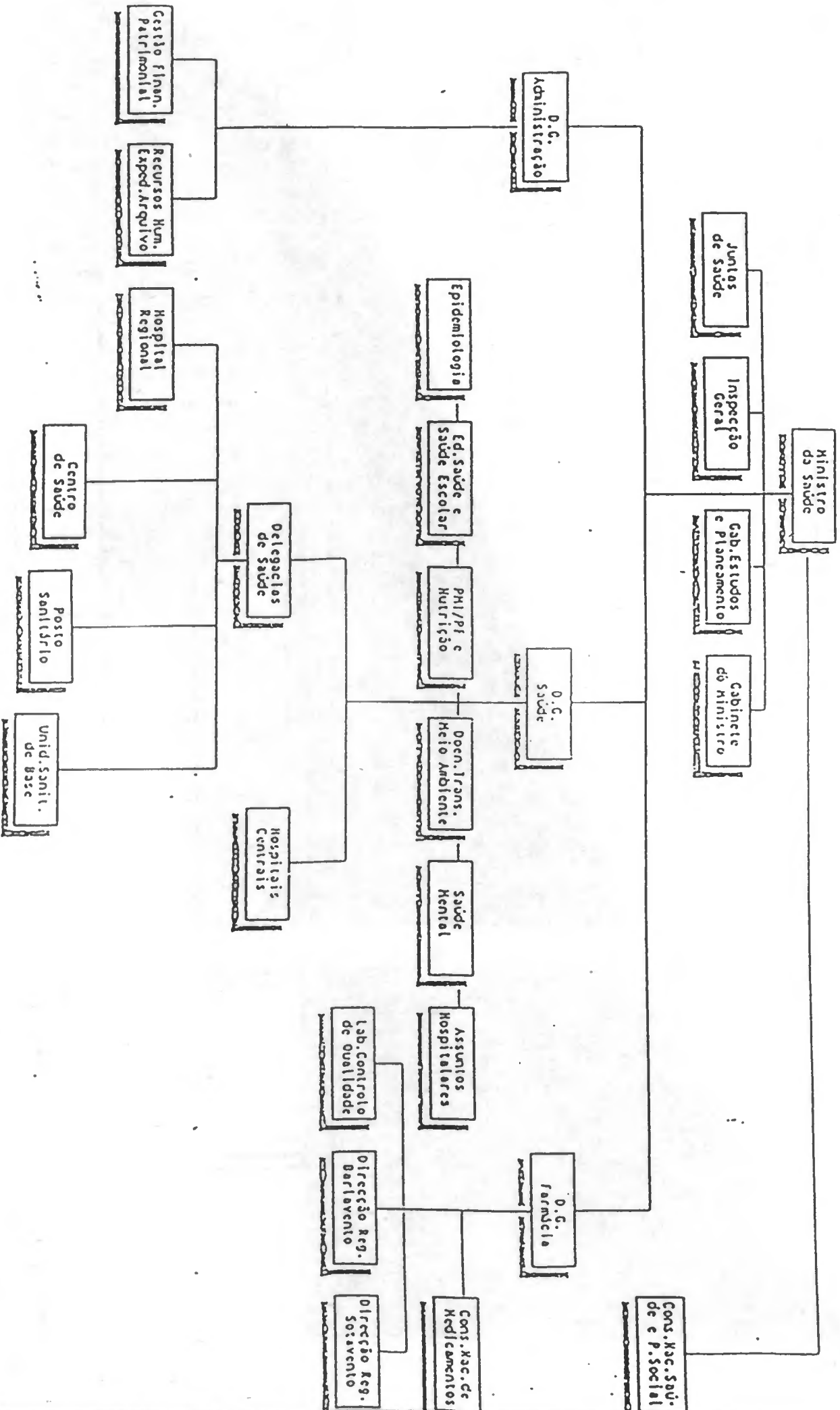
Fonte: Anuário Estatístico da PHU/PF, Ministério da Saúde, Praia, 2000

ANEXO V – FLUXOGRAMA DAS FASES DE DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA PMI-PF



Fonte: BROLIN E LARSSON (1993).

NÍVEL VI - ORGANIZAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE



Peso recém nascido

Kgs.

ANEXO VII - FICHA DE CRESCIMENTO DA CRIANÇA

LM

1.º mês: Levanta a cabeça se colocado de barriga. ☐ SIM ☐ NÃO

2. A: Aponta com o dedo algumas partes do corpo. ☐ SIM ☐ NÃO

5. A: É capaz de reconhecer o nome de 3 cores diferentes. ☐ SIM ☐ NÃO

3.º mês: Segue com os olhos objectos em movimento. É capaz de segurar a cabeça. ☐ ☐

3. A: Pode saltar com os dois pés. ☐ ☐

6.º mês: É capaz de sentar-se sozinho. ☐ ☐

4. A: É capaz de abotoar a roupa. ☐ ☐

9.º mês: Ouve sons de baixa tonalidade. Tenta apanhar objectos ao seu alcance. ☐ ☐

14

15

14

150

18.º mês: É capaz de beber sozinho por um copo. ☐ ☐

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

ANEXO VIII - EVOLUÇÃO DAS DEZ PRINCIPAIS CAUSAS DE
MORTALIDADE INFANTIL-NÚMERO DE ÓBITOS E TAXA POR MIL

Quadro II - Evolução das dez principais causas de mortalidade infantil - Nº de óbitos e taxa por mil
Cabo Verde, 1991 a 1999

	1991(*)		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999	
	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa
Afecções perinatais	73	5.9	122	8.9	147	10.5	158	11.1	187	12.9	155	10.7	128	8.8	147	10.2	130	9.0
Infecciosas e parasitárias	143	11.6	304	22.1	257	18.3	194	13.6	171	11.8	126	8.7	203	14.0	107	7.4	108	7.5
Afecções respiratórias	48	3.9	91	6.6	78	5.6	84	5.9	70	4.8	56	3.8	72	5.0	42	2.9	57	4.0
D. Metab. Endocrinas e nutricionais	25	2.0	22	1.6	25	1.8	22	1.5	36	2.5	21	1.4	39	2.7	41	2.8	29	2.0
Anomalias congénitas	28	2.2	15	1.1	29	2.1	29	2.0	25	1.7	23	1.6	18	1.2	13	0.9	23	1.6
D. aparelho circulatório	1	0.0	11	0.8	0	0.0	0	0.0	9	0.6	11	0.8	7	0.5	1	0.1	3	0.2
D. sistema nervoso central	13	1.0	24	1.7	25	1.8	16	1.1	8	0.6	9	0.6	17	1.2	11	0.8	8	0.6
Tramatismos Envenenamentos	13	1.0	12	0.9	9	0.6	8	0.6	7	0.5	11	0.8	13	0.9	3	0.2	8	0.6
D. aparelho digestivo	3	0.2	5	0.4	5	0.4	3	0.2	5	0.3	3	0.2	5	0.3	2	0.1	0	0.0
D. sangue órgãos hemat.			6	0.4	2	0.1	1	0.1	3	0.2	3	0.2	0	0	5	0.3	0	0.0
Doenças do aparelho genito urinário			0	0.0	3	0.2	1	0.1	0	0.0	0	0.0	2	0.1	0	0.0	3	0.2

Fonte: GEP/Ministério da Saúde, Estatísticas de Mortalidade 1991 a 1999

(*) dados subestimados

ANEXO IX

CABO VERDE: EVOLUÇÃO DA PREVAÊNCIA CONTRACEPTIVA % DE MULHERES PROTEGIDA POR CADA METODO CONTRACEPTIVO

	1995	1996	1997	1998	1999
Pílula	16.0	14.7	14.5	14.1	15.96
DIU	5.0	3.4	3.3	2.6	2.82
Injectável	5.2	6.1	4.1	6.6	9.32
Preservativos	7.7	4.5	4.9	5.3	6.62
Espemicidas	0.2	0.1	0.1	0.1	0.08
Método Cirúrgico	7.6	6.5	6.2	6.2	3.24
Total	43.2	35.4	33.2	35.4	38.47

Fonte: M. da Saúde GEP Dpto de Estatística e Direcção Nacional da PMU/PF, Relatórios Anuais, Praia

ANEXO X (Xa, Xb, Xc e Xd)

P.M.I.

Difusão _____

Protecção Maternal

11-4-41

Se < 16 anos ☆☆☆

Se < 16 anos ☆☆☆

□ □ ★ ★

□ □
□ □
★ ★

↑

□ □

□ □ *



□
□
★

[illegible]

Date de Ahs. / /

Data do Nascimento ____/____/____ (____ anos) Se < 16 anos ☐ ***

GESTAÇÕES ANTERIORES

[illegible]

PARTE NO HOSPITAL
CONSULTA MÉDICA
CONTROLE

[illegible][illegible]

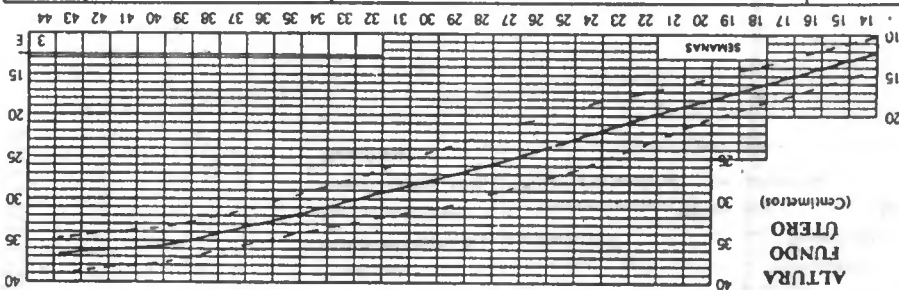
Dor abdominal aguda e violenta (apendicite aguda, gravidez ectópica, ou rotura uterina, etc.)
Retorna da bolsa de águas com mais de 24 horas.

1. dose /
2. dose /
3. dose /
4. dose /
5. dose /

(Só nas primigestas)
 VIAGEM À EXTERNA: Bisulbico (10) _____
 Biciphono (26) _____
 Bircocantrano (32) _____
 Bircrisa (29) _____
 Conjugado externo (11) _____
 Se inferior aos valores apontados
 Se inferior a 1,50 cm
 Analises: - V.D.R.L. Negativo ☐ Positivo ☐
 Data: ____/____/____
 Se inferior a 1,50 cm
 Se inferior aos valores apontados
 Se Rh negativo ☐ *
 Combs: ____

[illegible]

* NB - C/obda de Z 13 mm Mg é o dobro e/ > 30 mm Mg - MA. o poro de 20° mm.

[illegible]

CONSULTA PÓS-PARTO

N.º _____ / _____

Data do Parto _____ / _____

_____ / _____ / _____

do parto _____

do parto: Eutócico _____
Pélvico _____
Forceps _____
Ventosa _____
Cesariana _____

aplicações _____

o vivo _____

o morto _____

amenta _____

strução _____

PF _____

odo de PF indicado _____

ros: _____

ações: _____

Exame Ginecológico

V.V. Perineo _____

Colo do útero: Normal _____
Hemorragia _____
Corrimento _____
Lesão _____

Útero: Tamanho: _____
Posição: _____
Consistência: _____
Outros: _____

Anexos / fundos de saco: _____

Informação dada sobre a importância de:

Amamentação _____

Boa alimentação _____

Vacinação _____

Planeamento Familiar _____

Peso _____

T.A. _____

Hb % _____

Urina: _____

Alb: _____

Clin: _____

Gráfica - S. V. (950)

CONSULTA PÓS-PARTO

N.º _____ / _____

Data do Parto _____ / _____

_____ / _____ / _____

do parto _____

do parto: Eutócico _____
Pélvico _____
Forceps _____
Ventosa _____
Cesariana _____

aplicações _____

vivo _____

morto _____

amenta _____

strução _____

PF _____

odo de PF indicado _____

ros: _____

ações: _____

Exame Ginecológico

V.V. Perineo _____

Colo do útero: Normal _____
Hemorragia _____
Corrimento _____
Lesão _____

Útero: Tamanho: _____
Posição: _____
Consistência: _____
Outros: _____

Anexos / fundos de saco: _____

Informação dada sobre a importância de:

Amamentação _____

Boa alimentação _____

Vacinação _____

Planeamento Familiar _____

Peso _____

T.A. _____

Hb % _____

Urina: _____

Alb: _____

Clin: _____



DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE
P. M. I.
CARTÃO DE VACINAÇÃO CONTRA TÉTANO

N.º

Serviço de Saúde

Nome

Data de Nascimento/...../.....

Morada

	DIA	MÊS	ANO
1.ª DOSE/...../.....		
2.ª DOSE/...../.....		
3.ª DOSE/...../.....		
4.ª DOSE/...../.....		
5.ª DOSE/...../.....		

GRUPO SANGUÍNEO

<input type="text"/>
<input type="text"/>

ABO

Rh

CALENDÁRIO RECOMENDADO PARA
VACINAÇÃO DA CRIANÇA

Recém-nascido BCG e pólio extra

com um mês e meio 1.ª dose de tripla
1.ª dose de pólio

com 2 meses e meio 2.ª dose de tripla
2.ª dose de pólio

com três meses e meio 3.ª dose de tripla
3.ª dose de pólio

com 9 meses dose única de sa-
rampo

As mulheres que nunca foram vacinadas devem receber duas (2) doses de anatoxine tetânica (com quatro (4) semanas de intervalo) e uma dose por altura de cada gravidez. Um total de cinco (5) doses protege a mulher durante toda a vida.

FICHA Nº

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE PMII/PF
CENTRO DE PMII/PF DA FAZENDA
Tel. 61 16 29 Fone-Fax. 61 7023



CONSULTA DE PEDIATRIA

Nome: _____ IDADE _____ SEXO _____
NATURALIDADE _____ MORADA _____

[illegible]